

ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

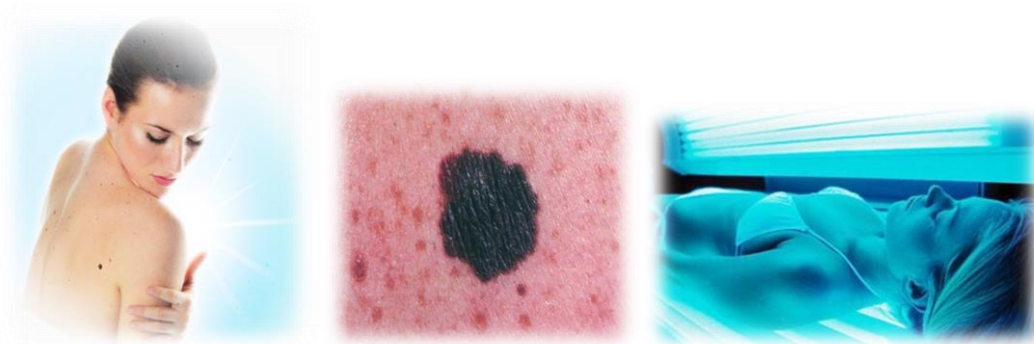
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: **ΧΡΗΣΤΑΚΗ ΣΥΛΒΙΑ**

ΑΜ: 15340

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τις θερμότερες ευχαριστίες μας, θα επιθυμούσα να εκφράσω σε όλους τους φορείς στο ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ (Ιωάννινα), που με βοήθησαν να ανταπεξέλθω στις απαιτήσεις των σπουδών μου, καθώς και σε όλους τους καθηγητές της σχολής μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν με σκοπό να υλοποιήσω με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την Νοσηλευτική Επιστήμη στα πλαίσια της πρακτικής άσκησης.

Επίσης σημαντική, ήταν η συμπαράσταση των φίλων και συμφοιτητών καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών αλλά και ιδιαίτερα στην διεκπεραίωση της πτυχιακής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Οικονόμου Βασιλική την εισηγήτρια της πτυχιακής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

1.ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	7
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	8
1.2. ΒΑΣΙΚΗ ΔΟΜΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	9
1.2.1. ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ.....	10
1.2.2. ΒΑΣΙΚΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ.....	11
1.2.3. ΜΑΛΠΙΓΙΑΝΗ ΣΤΙΒΑΔΑ.....	11
1.2.4. ΚΟΚΚΙΩΔΗΣ Η ΚΟΚΚΩΔΗΣ ΣΤΙΒΑΔΑ.....	11
1.2.5. ΚΕΡΑΤΙΝΗ ΣΤΙΒΑΔΑ.....	12
1.2.6. ΧΟΡΙΟ.....	13
1.3. ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	13
1.4. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

2. ΤΙ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ ΟΓΚΟΣ.....	16
➤ ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ	
➤ ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΟΓΚΟΣ	
2.1.ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	17
2.1.1 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (BCC).....	17
2.1.1.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΒCC.....	21
2.1.1.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒCC.....	21
2.1.2. ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ.....	22

2.1.3. ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (SCC).....	23
2.1.3.1 ΑΙΤΙΑ.....	25
2.1.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	25
2.1.4. ΜΕΛΑΝΩΜΑ-ΣΠΙΛΟΙ.....	26
2.1.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	27
2.1.4.2 ΠΟΤΕ ΟΙ ΣΠΙΛΟΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ.....	29
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	30
➤ ΣΟΛΑΡΙΟΥΜ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	31
➤ ΤΑΤΟΥΑΖ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	34
2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	36
2.4 . ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	37
2.4.1. ΤΥΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	41
3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	41
3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	42
3.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	42
3.4.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	44
3.5.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ.....	44
3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	45
3.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	46
3.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Μόνο το 28%-33% των ανθρώπων κάνουν αυτοεξέταση του δέρματός τους, στο πλαίσιο πρόληψης του καρκίνου του δέρματος, ενώ αντίστοιχα μικρό είναι το ποσοστό εκείνων που επισκέπτονται μια φορά το χρόνο τον δερματολόγο για έλεγχο. Ο καρκίνος του δέρματος ωστόσο συγκαταλέγεται στους πιο συνηθισμένους καρκίνους σε άντρες και γυναίκες. Ο καρκίνος του δέρματος βέβαια μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί σε αρχικό στάδιο.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα σχετικά με τον καρκίνο του δέρματος καθώς και τις νοσηλευτικές διεργασίες για την φροντίδα του. Σε αρχικό στάδιο καταγράφεται λειτουργία του δέρματος. Θα γίνει έπειτα αναλυτική αναφορά στον καρκίνο του δέρματος, στους καλοήθεις και κακοήθεις όγκους (τύπους καρκίνου του δέρματος), και στην θεραπεία του. Επιπλέον, θα επισημανθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο του δέρματος . Στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας βρίσκονται σύγχρονα άρθρα με νέα δεδομένα που αναφέρονται στην εξέλιξη αλλά και στη θεραπεία της νόσου.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar, HealLink και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης είναι επιλεγμένο από βιβλία και άρθρα του ΤΕΙ ΗΠΕΡΟΥ. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του δέρματος, με βασικά χαρακτηριστικά το μελάνωμα, τον Βασικοκυτταρικό καρκίνο και το καρκίνο των πλακωδών κυττάρων, ξεκινάει με τη μορφή προκαρκινικής αλλοίωσης. Αυτές οι προκαρκινικές αλλοιώσεις είναι αλλαγές στο δέρμα που δεν είναι καρκίνος αλλά θα μπορούσαν να εξελιχθούν σε καρκίνο με την πάροδο του χρόνου. Κατά προσέγγιση, το 40%-50% των ανθρώπων με ανοιχτόχρωμο δέρμα που ζουν ως τα 65 έτη θα αναπτύξουν μια φορά στην ζωή τους καρκίνο του δέρματος. Η έγκυρη ανίχνευσή του όμως δίνει μεγαλύτερες πιθανότητες για επιτυχή θεραπεία.

Συμπεράσματα: Ο άνθρωπος που σέβεται τον εαυτό του αλλά και το σώμα του φροντίζει να τον προσέχει. Ο καρκίνος του δέρματος δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα του ανθρώπου κι άλλοι παράγοντες μπορούν να

προκαλέσουν τον καρκίνο. Αναμφισβήτητα, ο συγκεκριμένος καρκίνος επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ψυχολογία του ασθενή γιατί πέρα από το γεγονός ότι δυσκολεύει την ποιότητα ζωής του αλλά είναι και ένας καρκίνος που προσβάλλει σε σημαντικό βαθμό την εξωτερική εμφάνιση κι αυτό κατά συνέπεια να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. Γι αυτό και ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος παίζουν καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στην ψυχολογία του ασθενή αλλά και μετέπειτα στην θετική εξέλιξη της ασθένειας του.

Λέξεις κλειδιά: (δέρμα), (καρκίνος του δέρματος), (Βασικοκυτταρικός καρκίνος BCC), (μελάνωμα), (υπεριώδης ακτινοβολία), (ρόλος νοσηλευτή στον καρκίνο του δέρματος).

ABSTRACT

Summary: Only 28% -33% of people do self-examination of their skin, in the prevention of skin cancer, while correspondingly small percentage of those who visit once a year the dermatologist control. Skin cancer but among the most common cancers in men and women. Skin cancer, of course, can be cured if diagnosed at an early stage.

Aim: This paper addresses the issue of skin cancer and nursing processes for care. Initially recorded function of the skin. He will be then detailed reference to skin cancer, benign and malignant tumors (types of skin cancer), and in therapy. Furthermore, they identify the nursing interventions in patients with skin cancer. The last piece of work is contemporary articles with new data relating to the development and cure of the disease.

Materials and methods: Carried out a review of Greek and international literature in electronic databases PubMed and GoogleScholar, HealLink and the library of the Institute SEYP Epirus. The study material is selected from books and articles TEI IPEROU. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies.

Results: Cancer is the second cause of death worldwide. Specifically, skin cancer, with main characteristics melanoma, the cancer Basal and squamous cell cancer begins as a precancerous lesion. These precancerous lesions are changes in the skin that are not cancer, but could develop into cancer over time. Approximately 40% - 50% of people with fair skin who live in 65 will develop once in their life skin cancer. The reliable detection but gives a better chance for successful treatment.

Conclusion: The man who respects himself but also his body cares to watch him. Skin cancer could we not say that it is exclusively the result of human and other factors can cause cancer. Undoubtedly, this cancer affects greatly the psychology of the patient because besides the fact that complicates their quality of life but it is a cancer that affects significantly the appearance and that hence negatively affects psychology. Therefore, the role of health professionals and the family environment play a vital role not only in the patient's psychology and the subsequent positive evolution of the disease.

Keywords: (Skin) (skin cancer), (BCC cancer), (melanoma), (UV light), (nurse role in skin cancer).

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το δέρμα παρά την ικανότητα του να προστατεύει το εσωτερικό του οργανισμού από εξωτερικούς παράγοντες, είναι ένα εύθραυστο όργανο που υπόκειται σε βλάβη από την υπεριώδη ακτινοβολία κι από τα χημικά. Με την πάροδο του χρόνου, η βλάβη αυτή οδηγεί στην τροποποίηση της κυτταρικής δομής και λειτουργίας του με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται κακοήθειες. Πολλές από τις βλάβες αυτές εκδηλώνονται σε επιφάνειες του δέρματος που έχουν εκτεθεί επί μακρόν στον ήλιο ή τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Οι κακοήθειες όγκοι του δέρματος αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή καρκίνου. Σήμερα ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί την πιο κοινή μορφή καρκίνου. Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ πάνω από ένα εκατομμύριο άνθρωποι προσβάλλονται από κάποια μορφή καρκίνου του δέρματος. Οι τρεις κύριες κατηγορίες δερματικών καρκίνων είναι το Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC), το Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) και το Μελάνωμα, με τις δύο πρώτες να αποτελούν πιο ήπιες μορφές καρκίνου με σαφώς καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με το μελάνωμα (American Cancer Society, 2007).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ανοσοποιητικό σύστημα του δέρματος εξασθενεί από την ισχυρή ηλιακή ακτινοβολία, η οποία καταστρέφει τα κύτταρα του δέρματος και τροποποιεί το γενετικό τους υλικό. Το σύστημα αναδόμησης του δέρματος δεν μπορεί να εξαλείψει τις σοβαρές βλάβες των κυττάρων του, οι οποίες σχετίζονται με την έκθεση στην υπεριώδη (UV) ακτινοβολία, και μεταβιβάζει λανθασμένες πληροφορίες στα θυγατρικά κύτταρα. Αν αυτά τα κύτταρα συνεχίζουν να διαιρούνται ανεμπόδιστα, είναι δυνατό να μεταλλαχθούν και να εξελιχθούν μετά από χρόνια σε καρκίνο του δέρματος. Υπάρχουν διαφορετικά είδη και υποκατηγορίες στο καρκίνο του δέρματος, από τα οποία το πιο επικίνδυνο είναι το κακόηθες μελάνωμα. Οι δερματικοί καρκίνοι, εκτός του μελανώματος, δεν είναι τόσο επικίνδυνοι, αλλά είναι 10 φορές πιο συχνοί από το κακόηθες μελάνωμα. Ιδιαίτερα εμφανίζονται σε ηλιοεκτεθειμένες περιοχές του δέρματος, όπως το πρόσωπο, τα αυτιά, η ραχιαία επιφάνεια των άκρων χειρών, οι μασχάλες και στους άνδρες σε περιοχές της κεφαλής, όπου δεν καλύπτονται από μαλλιά. Με την έγκαιρη διάγνωση υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα θεραπείας(90%) των αργά εξελισσόμενων μη μελανωματικών δερματικών καρκίνων. Παρ' όλο που οι μη μελανωτικοί δερματικοί καρκίνοι δίνουν σπάνια μεταστάσεις, οι γιατροί συμβουλεύουν τους ασθενείς να επισκέπτονται συχνά (τουλάχιστον μία φορά το χρόνο) τον δερματολόγο τους, ώστε να ελέγχονται για τυχόν αλλαγές στο δέρμα τους.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

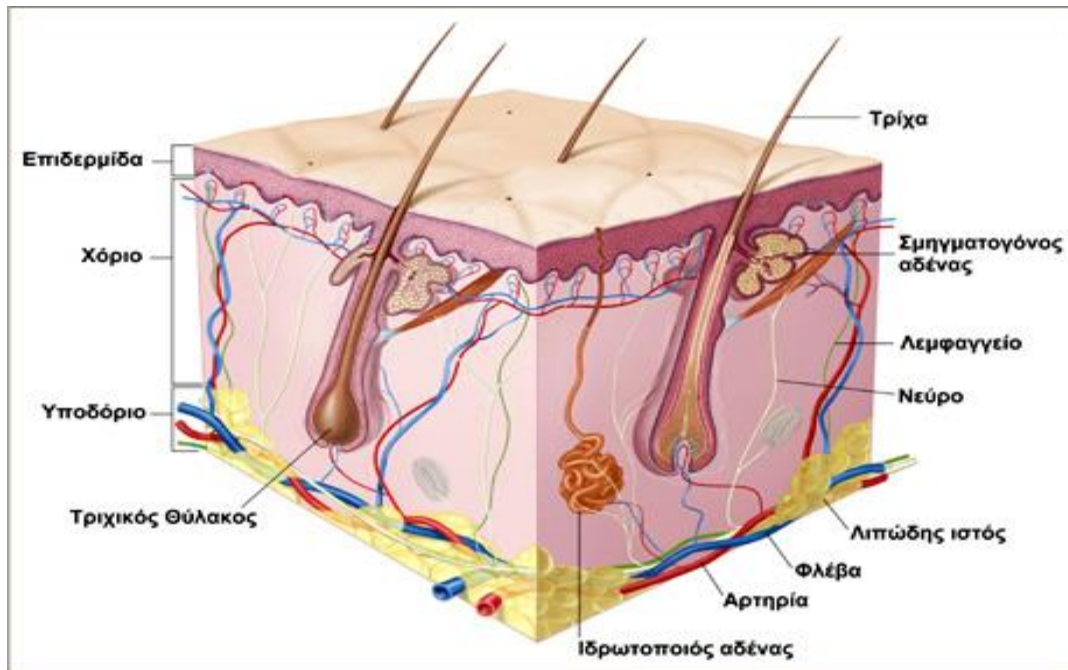
Ο καρκίνος του δέρματος παρουσιάζει σε διεθνή κλίμακα σταθερή αύξηση κρουσμάτων, γεγονός το οποίο σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες φαίνεται να σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις συνεχώς επιδεινούμενες περιβαλλοντικές μεταβολές, τη διαβίωση των ανθρώπων σε συνθήκες έντονης ψυχολογικής καταπόνησης και τη χωρίς μέτρο έκθεσή τους στην ηλιακή ακτινοβολία. Η τελευταία, έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του 90% των δερματικών καρκίνων, με τον τρόπο έκθεσης στον ήλιο μάλιστα να είναι διαφορετικός για κάθε τύπο καρκίνου. Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι άτομα συνεχώς εκτεθειμένα στον ήλιο, όπως γεωργοί, ψαράδες, βοσκοί, οικοδόμοι κλπ, προσβάλλονται συνηθέστερα σε μέση ή και προχωρημένη ηλικία, από βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα [πλακώδες καρκίνωμα ή ακανθοκυτταρικό και μαλπιγιακό –*κατά παλαιότερη ορολογία*]. Αντίθετα, η σοβαρότερη μορφή δερματικού καρκίνου, το μελάνωμα, καταγράφεται σε νεότερα άτομα με διαλείπουσα, περιστασιακή έκθεση στον ήλιο και με ιστορικό σοβαρών ηλιακών εγκαυμάτων του δέρματος, κατά τη διάρκεια παιγνιδιού, αθλοπαιδιών [σπόρ] ή διακοπών. Σε σύγχρονες στατιστικές, το μελάνωμα αποτελεί την τρίτη πλέον διαδεδομένη μορφή καρκίνου σε άτομα μέχρι την ηλικία των 30 ετών. Είναι λυπηρό ότι τα τελευταία χρόνια και στη χώρα μας παρατηρείται σταδιακή αύξηση του αριθμού των διαγνωσμένων στο μικροσκόπιο περιστατικών μελανώματος σε εφήβους και παιδιά ηλικίας ακόμα και 17 μηνών (Τσίβου, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

1.ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αν και δεν το αντιλαμβανόμαστε σαν όργανο, εντούτοις το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος είναι το δέρμα μας. Καλύπτει έκταση 1,5-2 τετραγωνικών μέτρων και ζυγίζει περίπου 20 κιλά (0.5 κιλό η επιδερμίδα, 3.5 κιλά το χόριο και 16 κιλά το υποδόριο λίπος, το βάρος του οποίου κυμαίνεται σημαντικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Το δέρμα είναι το μέσο με το οποίο επικοινωνεί το σώμα μας με το περιβάλλον αλλά και ο καθρέπτης της υγείας των εσωτερικών οργάνων. Αντιμετωπίζει ταυτόχρονα πολλούς εξωτερικούς παράγοντες, μερικοί από τους οποίους δρουν ευεργετικά όπως η υγρασία ενώ άλλοι είναι πολύ επικίνδυνοι όπως οι διάφορες τοξικές χημικές ουσίες και οι ιονίζουσες ακτινοβολίες. Η υφή και η σύσταση του δέρματος παρουσιάζει πολλές αλλαγές κατά την διάρκεια της ζωής μας. Την στιγμή που γεννιέται το παιδί, εγκαταλείπει το ζεστό και υγρό περιβάλλον που έζησε επί εννέα μήνες, έρχεται με πολύ πίεση και βίαιους χειρισμούς στο ατμοσφαιρικό περιβάλλον και αναγκάζεται να μεταβάλλει την υφή του δέρματος από υγρή σε ξερή και λεπιδώδη. Μια άλλη μεγάλη αλλαγή συμβαίνει στην εφηβεία όταν οι σημηματογόνοι αδένες με την επίδραση των σεξουαλικών ορμονών, μεγαλώνουν δημιουργώντας το κατάλληλο έδαφος για την εμφάνιση της ακμής. Μεγάλες αλλαγές συμβαίνουν επίσης στη γυναίκα με την έμμηνο ρύση, την εγκυμοσύνη και τη λήψη αντισυλληπτικών (Ηλίου, 2001).

1.1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ



ΕΙΚΟΝΑ 1: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1. ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΠΕ, 2007.

Η επιφάνεια του δέρματος εμφανίζεται ανώμαλη και καλύπτεται από τρίχες σε ορισμένα μέρη του σώματος (κεφαλή, μασχάλες, εφήβαιο, παρειές και άνω χείλος στους άνδρες)και από χνούδι που βρίσκεται πάνω στο λεγόμενο λεπτό δέρμα, εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα, την καμπτική επιφάνεια των δακτύλων, το πέος και την κλειτορίδα, την εσωτερική επιφάνεια των μεγάλων και μικρών χειλέων. Στην επιφάνεια του δέρματος διακρίνουμε:

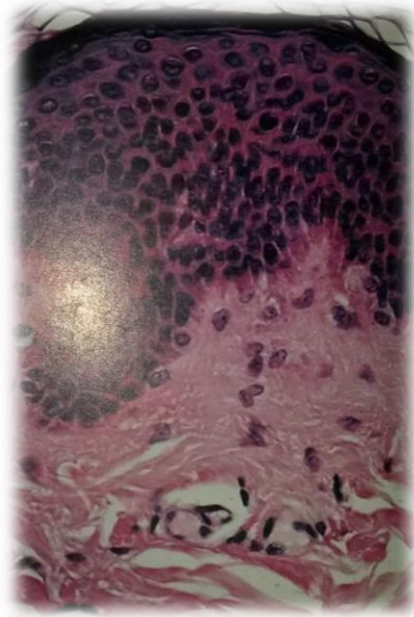
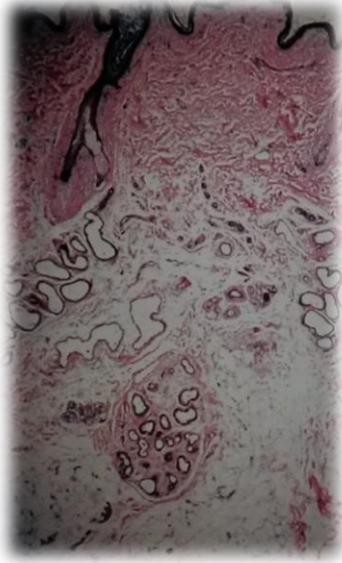
1. Τους πόρους, που αντιστοιχούν στα στόμια των εξαρτημάτων του δέρματος .
2. Τις δερματικές θηλές, οι οποίες είναι μικρές κωνοειδείς προεξοχές του δέρματος και εμφανίζονται σε μορφή μικροσκοπικών κόκκων.

3. Τις δερματικές ακρολοφίες , που σχηματίζονται από τη συνένωση, σε γραμμές των δερματικών θηλών στις παλάμες και τα πέλματα. Οι δερματικές ακρολοφίες φέρονται κατά ορισμένη φορά, αποτελούν δε τα δακτυλικά αποτυπώματα που είναι χρήσιμα στην εγκληματολογία.
4. Τις πτυχές του δέρματος, που είναι αυλάκια ή γραμμές του δέρματος, άλλοτε μεγάλα κι άλλοτε μικρά.

Οι μικρές πτυχές διασταυρούμενες σε διάφορες κατευθύνσεις σχηματίζουν μικρές ρομβοειδείς περιοχές, προσδίδοντας τη χαρακτηριστική όψη του δέρματος. Το πάχος του δέρματος διαφέρει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τη θέση. Είναι παραδείγματος χάρη λεπτό στα βλέφαρα και παχύ στη ράχη, τον αυχένα, τις παλάμες και τα πέλματα. Το χρώμα του δέρματος είναι συνάρτηση της ποσότητας της μελανίνης, της αγγειοβρίθειας και του πάχους αυτού. Διαφορές στο χρώμα του δέρματος παρατηρούνται επίσης ανάλογα με τη φυλή, την ηλικία, το φύλο, την ανατομική περιοχή του σώματος, τον τρόπο διαβίωσης και το επάγγελμα (Γιαννόπουλος,[X.X]).

1.2.ΒΑΣΙΚΗ ΔΟΜΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελείται από τρία στρώματα: την επιδερμίδα, το χόριο και τον υποδόριο ιστό. Η επιδερμίδα, το εξωτερικό στρώμα του δέρματος, σχηματίζεται από μια τακτοποιημένη διάταξη των κυττάρων που ονομάζονται κερατινοκύτταρα, βασική λειτουργία των οποίων είναι η σύνθεση των κερατίνης μιας νηματοειδούς πρωτεΐνης που εξυπηρετεί μια προστατευτική λειτουργία. Περιλαμβάνει επίσης και μελανοκύτταρα, κύτταρα του Langerhans και κύτταρα Merkel. Το χόριο βρίσκεται πάνω από τον υποδόριο ιστό ο οποίος αποτελείται από λόβιο που περιέχουν λιποκύτταρα (Γαλανού, 2001).



ΕΙΚΟΝΑ 2: ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ-ΧΟΡΙΟ-ΥΠΟΔΟΡΙΟΣ ΙΣΤΟΣ ΕΙΚΟΝΑ 3: ΟΙ ΣΤΙΒΑΔΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

ΕΙΚΟΝΑ 2. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2006. Το δέρμα: Επιδερμίδα- Χόριο- Υποδόριος ιστός. Σύγχρονη Κλινική Δερματολογία. σελ. 57.

ΕΙΚΟΝΑ 3. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2006. Οι στιβάδες της επιδερμίδας. Σύγχρονη Κλινική Δερματολογία. σελ. 57.

1.2.1.ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑ

Η επιδερμίδα έχει δυο κύριες λειτουργίες: κερατινοποίηση και μελανινογέννεση:

- 1.Την κατασκευή της νεκρής και σκληρής κεράτινης στιβάδας (κερατινοποίηση).
- 2.Την παραγωγή της φυσιολογικής χρωστικής του δέρματος, της μελανίνης (μελανινογέννεση).

Η επιδερμίδα αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες ή μαλπιγιανό επιθήλιο με μορφή μωσαϊκού, που επίσης αποτελείται από πολλούς στοίχους κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά προέρχονται από τη βασική στιβάδα και μεταβάλλουν μορφολογικούς χαρακτήρες, καθώς ανέρχονται προς τα επιφανειακά στρώματα της επιδερμίδας, οπότε δημιουργείται τελικά η κεράτινη στιβάδα (κερατινοκύτταρα). Η επιδερμίδα

δεν συνδέεται με οριζόντια γραμμή με το χόριο, αλλά σχηματίζει προσεκβολές προς αυτό, τις μεσοθήλαιες ακρολοφίες, ανάμεσα στις οποίες προβάλλουν προς την επιφάνεια οι θηλές του χορίου. Τα κερατινοκύτταρα εμφανίζουν δεσμοσωμάτια και καθώς διαφοροποιούνται σε κεράτινα κύτταρα, ταξινομούνται στις εξής 4 στιβάδες, από κάτω προς την επιφάνεια:

Τη βασική ή μητρική στιβάδα, την ακανθωτή ή μαλπιγιανή στιβάδα, την κοκκώδη στιβάδα, την κεράτινη στιβάδα (Μαρκαντώνη, 2001).

1.2.2. ΒΑΣΙΚΗ Ή ΜΗΤΡΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ

Αυτή αποτελείται από ένα μόνο στοίχο κυλινδρικών κυττάρων, που είναι διατεταγμένα κάθετα προς τη διαχωριστική γραμμή μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου. Εμφανίζουν βαθιά επιμήκη ή ωοειδή χρωματισμένο πυρήνα και βασεόφιλο πρωτόπλασμα. Εμφανίζουν άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο χρωματισμένα, λόγω φαγοκυττάρωσης των κοκκίων της μελανίνης, τα οποία παράγονται από τα μελανοκύτταρα της επιδερμομελανικής μονάδας. Η βασική μονάδα ονομάζεται και μητρική στιβάδα, διότι από αυτή προέρχονται οι υπόλοιπες (Vivier, A., 1996).

1.2.3. ΜΑΛΠΙΓΙΑΝΗ Ή ΑΚΑΝΘΩΤΗ ΣΤΙΒΑΔΑ

Αυτή αποτελείται από 6-15 σειρές κυττάρων και αποτελεί την παχύτερη στιβάδα της επιδερμίδας. Τα κύτταρα της στιβάδας αυτής εμφανίζονται πολυεδρικά με άφθονο πρωτόπλασμα και μεγάλο στρογγυλό ή ωοειδή πυρήνα με εμφανές πυρήνιο και άφθονο πρωτόπλασμα, ενώ όσο ανεβαίνουν προς την επιφάνεια γίνονται αποπεπλατισμένα. Μεταξύ των κυττάρων της μαλπιγιανής στιβάδας μένουν κενά διαστήματα, οι μεσοκυττάριοι χώροι, που γεμίζουν από τη μεσοκυττάρια ουσία. Φαίνεται ότι η ουσία αυτή, γλυκοπρωτεϊνικής φύσεως, συγκρατεί μαζί με τα δεσμοσωμάτια τα επιδερμικά κύτταρα μεταξύ τους. Η αλλοίωση λόγω ανοσολογικών αιτιών της μεσοκυττάριας αυτής ουσίας είναι υπεύθυνη για την απώλεια της συνάφειας των κυττάρων της μαλπιγιανής στιβάδας μεταξύ τους και το σχηματισμό ενδοεπιδερμικής πομφόλυγας από ακανθόλυση, π.χ. σε πέμφιγα. Μέσα

στο πρωτόπλασμα των κυττάρων της μαλπιγιανής στιβάδας, με το οπτικό μικροσκόπιο, ακόμα μπορούμε να διακρίνουμε σε μεγάλη μεγέθυνση τα τονικά νημάτια, τα οποία αποτελούνται από τα τονικά ινίδια, που φαίνονται καλά στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο μόνο. Τα τονικά ινίδια σχηματίζουν ένα είδος σκαλωσιάς στο εσωτερικό του κυττάρου. Φαίνεται ότι ο κύριος ρόλος τους είναι η κινητικότητα και η σύσπαση των κερατινοκυττάρων, τα οποία είναι περισσότερο ευκίνητα από ό,τι πίστευαν (Vivier, 1996).

1.2.4. ΚΟΚΚΙΩΔΗΣ Ή ΚΟΚΚΩΔΗΣ ΣΤΙΒΑΔΑ

Βρίσκεται πάνω από τη μαλπιγιανή στιβάδα. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ενδοκυτταροπλασματικών ευμεγεθών βασεόφιλων μικρών κόκκων. Τα κύτταρα της στιβάδας αυτής είναι ατρακτοειδή και αποπεπλατισμένα. Το πάχος της κοκκιώδους στιβάδας σε φυσιολογικό δέρμα είναι ανάλογο με το πάχος της κεράτινης στιβάδας π.χ. στις παλάμες και τα πόδια, όπως το πάχος της κεράτινης στιβάδας είναι μεγάλο και η κοκκιώδης στιβάδα εμφανίζεται εξαιρετικά παχιά. Η κοκκιώδης στιβάδα αποτελεί την κερατογόνο ζώνη της επιδερμίδας και σε αυτή τη στιβάδα γίνεται η προετοιμασία για τη διάλυση του πυρήνα και άλλων οργανιδίων του κυττάρου με τη δράση λυσοσωματιδιακών ενζύμων, κυρίως της όξινης φωσφατάσης. Η κοκκιώδης στιβάδα λείπει στους φυσιολογικούς βλεννογόνους, αλλά εμφανίζεται όταν η κερατινοποίηση γίνεται κατά τρόπο παθολογικό, όπως συμβαίνει στις παρακερατώσεις (Vivier, 1996).

1.2.5. ΚΕΡΑΤΙΝΗ ΣΤΙΒΑΔΑ

Είναι η επιπολής στιβάδα της επιδερμίδας. Αποτελείται από κεράτινα πετάλια χωρίς πυρήνα, οξεόφιλα και ομοιογενή (ορθοκεράτωση). Όταν λόγω παθολογικών αιτιών τα κύτταρα της στιβάδας αυτής διατηρούν τους πυρήνες τους. Η σημασία της κεράτινης στιβάδας είναι πολύ μεγάλη για την αντοχή του δέρματος στη διάταση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι <<σκελετοί>> των κερατινοκυττάρων, τα οποία την αποτελούν και συνδέονται μεταξύ τους με τα δεσμοσωμάτια τους, περιέχουν κυρίως κερατίνη, σύμπλεγμα δηλαδή ινώδους πρωτεΐνης, στην οποία η στείρωση οφείλεται κυρίως στους δεσμούς θείου (S-S) της κυστίνης (Vivier, 1996).

1.2.6. ΧΟΡΙΟ

Το χόριο βρίσκεται ανάμεσα στο υπόδερμα και στην επιδερμίδα και αποτελεί το στήριγμα της επιδερμίδας. Μεταξύ χορίου και επιδερμίδας παρεμβάλλεται η βασική μεμβράνη. Το πάχος του κυμαίνεται από 0,3 έως 3 χιλιοστά. Αποτελείται από δύο στιβάδες, τη θηλώδη (επιφανειακό τμήμα) και τη δικτυωτή (βαθύτερο τμήμα) μεταξύ των οποίων δεν υπάρχουν σαφή όρια (Μαρκαντώνη-Ντουράκη, Μ., 2001).

Στο χόριο ανευρίσκονται: ρίζες τριχών αδένες, λείες μυικές ίνες, αγγεία με αίμα ή λέμφο και νεύρα. Και οι δύο στιβάδες του χορίου αποτελούνται από συνδετικό ιστό, ο οποίος απαρτίζεται από τη μεσοκυττάρια ουσία, δηλαδή, ίνες-κολλαγόνες, ελαστικές, δικτυωτές και την βασική ή θεμελιακή ουσία και τα κύτταρα του συνδετικού ιστού (Μαρκαντώνη, 2001).

1.3.ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Στο δέρμα η σπουδαιότερη χημική ουσία είναι το νερό. Παρ όλα αυτά υπάρχουν κι άλλες εξίσου σημαντικές χημικές ουσίες. Μερικές από αυτές είναι :

- Οι υδατάνθρακες, που εμφανίζονται με την μορφή γλυκόζης, γλυκογόνου και σύνθετων γλυκιδίων.
- Τα λίπη, που βρίσκονται εντός ή μεταξύ των κυττάρων.
- Οι πρωτεΐνες που μπορεί να εμφανίζονται, είτε ενδοκυτταρικά, είτε εξωκυτταρικά. Μερικές από αυτές είναι το κολλαγόνο, η ελαστίνη, οι κερατίνες, η μελανίνη, η δικτύνη και η ηπαρίνη.
- Οι ηλεκτρολύτες, που βρίσκονται με την μορφή χλωριούχων αλάτων.

- Το ασβέστιο το οποίο είναι απαραίτητο για την διάσπαση του γλυκογόνου καθώς αποτελεί ρυθμιστή της δράσης πολλών ενζύμων και πολλών άλλων φυσιολογικών λειτουργιών.
- Το θείο το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην κερατινοποίηση.
- Το καροτένιο το οποίο βρίσκεται στο λίπος της υποδερμίδας.

1.4. ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε μερικές περιπτώσεις η κλινική εικόνα των δερματικών βλαβών μπορεί να είναι τόσο χαρακτηριστική που η διάγνωση να είναι ξεκάθαρη με την πρώτη ματιά. Η ίδια πάθηση είναι δυνατόν να εκδηλώνεται με ποικίλες μορφολογίες υπό διαφορετικές καταστάσεις σε διαφορετικά άτομα. Η όψη των βλαβών μπορεί να έχει τροποποιηθεί από προηγούμενες θεραπείες ή να έχει καταστεί ασαφής εξαιτίας εξωγενών επιρροών, όπως λόγω χάρη ξεσμού ή δευτερογενούς λοιμώξεως. Τα υποκειμενικά συμπτώματα είναι δυνατόν να αποτελούν την μοναδική ένδειξη μιας νόσου, όπως το αίσθημα κνησμού και η εμφάνιση του δέρματος να μην είναι γενικά αξιοσημείωτη. Αν και η λήψη ενός ιατρικού ιστορικού είναι σημαντική στη δερματολογία η διάγνωση βασίζεται κυρίως στα αντικειμενικά φυσικά χαρακτηριστικά και την εντόπιση ή την κατανομή, μιας ή περισσοτέρων βλαβών που είναι δυνατόν να επισκοπηθούν ή να ψηλαφηθούν. Ως εκ τούτου, η προσεκτική φυσική εξέταση του δέρματος είναι θεμελιώδους σημασίας για τη δερματολογική διάγνωση (James et al, 2000).

Η πλειονότητα των δερματικών παθήσεων προκαλεί ή εκδηλώνεται κατά κανόνα με βλάβες που διαθέτουν περισσότερο ή λιγότερο χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Μπορεί να είναι ομοιόμορφες ή διαφορετικές σε μέγεθος, σχήμα και χρώμα και να βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο εξέλιξης ή υποστροφής. Οι αρχικές βλάβες είναι γνωστές ως *πρωτογενείς βλάβες* και η αναγνώρισή τους αποτελεί το σημαντικότερο της δερματολογικής φυσικής εξέτασης. Είναι δυνατόν να εξελιχθούν πλήρως ή να τροποποιηθούν εξαιτίας ύφεσης, τραυματισμού ή επίδρασης άλλων εξωγενών παραγόντων, προκαλώντας την ανάπτυξη *δευτερογενών βλαβών*. Η ερμηνεία της

κλινικής εικόνας μπορεί να είναι δύσκολη επειδή πανομοιότυπες εκδηλώσεις μπορεί να προκύψουν από ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών αιτιών. Επιπλέον, οι ίδιοι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση μιας σημαντικά μεγάλης ποικιλίας εξανθημάτων . Υπάρχει ένα εξαιρετικά μεγάλο πλεονέκτημα στη δερματολογία, δηλαδή το γεγονός ότι έχουμε να αντιμετωπίσουμε ένα όργανο προσιτό στην επισκόπηση και στην ψηλάφηση. Η λήψη επιχρισμάτων και καλλιεργείων για την απομόνωση βακτηρίων και μυκήτων είναι δυνατόν να διενεργηθεί άμεσα. Η βιοψία και η ιστολογική εξέταση των δερματικών βλαβών αποτελούν συνήθως πολύ μικρές επεμβάσεις , καθιστώντας την ιστοπαθολογία ένα σημαντικό μέρος της αξιολόγησης πολλών κλινικών εξετάσεων. Δεδομένης της ευκολίας με την οποία επιβεβαιώνεται η διάγνωση των δερματικών παθήσεων ιστολογικά, το κατώφλι για τη διενέργεια βιοψίας θα πρέπει να είναι χαμηλό. Αυτό ισχύει κυρίως για τις φλεγμονώδης δερματοπάθειες που αναπτύσσονται σε ανοσοκατασταλμένους ξενιστές, όπου η κλινική μορφολογία μπορεί να είναι άτυπη. Από τη στιγμή που ξεκινά εμπειρικά η θεραπεία ,τα ιστολογικά γνωρίσματα μπορεί να αλλοιωθούν από αυτή, καθιστώντας την ιστοπαθολογική διάγνωση περισσότερο δυσχερή (James, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. ΤΙ ΟΝΟΜΑΖΕΤΑΙ ΟΓΚΟΣ

Όγκος ονομάζεται κάθε συμπαγής μάζα με μέγεθος μεγαλύτερο από 1-2 εκατοστά. Ένας όγκος, σε οποιαδήποτε ιστό του οργανισμού, χαρακτηρίζεται από μεγάλο πολλαπλασιασμό κυττάρων. Ο πολλαπλασιασμός αυτός είναι απεριόριστος και δεν ελέγχεται στην περίπτωση των κακοήθων όγκων, ενώ είναι περιορισμένος και ελεγχόμενος στην περίπτωση των καλοήθων (και είναι καλής πρόγνωσης).

- Ο καλοήθης όγκος έχει καλοήθη βιολογική συμπεριφορά, δηλαδή δεν διηθεί, ούτε καταστρέφει τους άλλους ιστούς. Περιβάλλεται από ινώδη κάψα ή μεμβράνη που κάνει εύκολη την χειρουργική του αφαίρεση (Γαλανού, 2001).
- Κακοήθης είναι ο όγκος με κακοήθη βιολογική συμπεριφορά, επιθετική, που αναπτύσσεται διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς με δικά του κύτταρα κι εκτοπίζοντας τα φυσιολογικά του κύτταρα. Κάποια στιγμή σε άλλους όγκους αργότερα, ενώ σε άλλους πολύ νωρίς τα κύτταρα από ένα κακοήθη όγκο θα μπουν μέσα στα λεμφαγγεία και στα αγγεία του αίματος και με όχημα την λέμφο ή το αίμα, αντίστοιχα, θα φθάσουν στους λεμφαδένες και στους απομακρυσμένους ιστούς. Εκεί θα εγκατασταθούν και θα αρχίσουν και πάλι να πολλαπλασιάζονται δημιουργώντας νέους όγκους, τις μεταστάσεις (Γαλανού, 2001).

Ο θάνατος επέρχεται από πιεστικά φαινόμενα, επειδή μεγάλωσε ο όγκος πολύ, ή λόγω κατάληψης του χώρου ζωτικών οργάνων από τα κύτταρα του όγκου, ώστε τα ζωτικά όργανα να μην μπορούν πια να λειτουργήσουν. Υπάρχει μια κατηγορία δερματικών βλαβών που χαρακτηρίζονται ως προκαρκινωματώδης και περιγράφονται παρακάτω. Αυτές είναι: α) ο βασικοκυτταρικός καρκίνος, β) η ακτινική υπερκεράτωση, βλάβη που πάνω της μπορεί να αναπτυχθεί ένας ακανθοκυτταρικός καρκίνος του δέρματος, γ) η δερματική νόσος του Bowen που είναι μορφή ακανθοκυτταρικού καρκίνου, εντοπισμένου μέσα στην επιδερμίδα, δ) η κακοήθης φακί, που είναι προκαρκινωματώδης βλάβη από μελανοκύτταρα και πάνω της μπορεί να αναπτυχθεί κακοήθες μελάνωμα. Τέλος, ξεχωριστή κατηγορία δερματικών βλαβών που δεν είναι όγκοι αλλά σχηματίζονται από υπερβολικό

πολλαπλασιασμό κάποιων φυσιολογικών κυττάρων του δέρματος, αποτελούν οι σπίλοι. Αυτοί είναι καλοήθεις, αλλά, όπως θα δούμε, μερικοί από αυτούς μπορεί να εξαλλαχθούν, δηλαδή να αλλάξουν το κύτταρό τους μορφή, και πάνω εκεί να ξεκινήσουν κακοήθεις όγκοι (Γαλανού, 2001).

2.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα, παρά την ικανότητα του να προστατεύει το εσωτερικό του οργανισμού από εξωτερικούς βλαπτικούς παράγοντες, είναι ένα εύθραυστο όργανο, που υπόκειται σε βλάβη από την υπεριώδη ακτινοβολία και από τα χημικά. Με την πάροδο του χρόνου, η βλάβη αυτή οδηγεί στην τροποποίηση της κυτταρικής δομής και λειτουργίας του, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται κακοήθειες. Πολλές από τις βλάβες αυτές εκδηλώνονται σε επιφάνειες του δέρματος που έχουν εκτεθεί επί μακρόν στον ήλιο ή τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Γαλανού, 2001).

Εξ ορισμού, ο καρκίνος του δέρματος είναι ένας όγκος (κακοήθης), μια ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, επί του δέρματος. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν καρκίνο του δέρματος μετά από έκθεση σε υπερβολική υπεριώδη ακτινοβολία, τόσο από τον ήλιο όσο και από τα κρεβάτια μαυρίσματος. Ο καρκίνος του δέρματος είναι ο πιο κοινός τύπος καρκίνου στον κόσμο. Παρόλα αυτά είναι ιάσιμος αν αντιμετωπιστεί σε πρώιμο στάδιο (Νεοφύτου, 2013).

2.1.1.ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (BCC)

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα **BCC** είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και σε πολλές άλλες χώρες , στις οποίες κατοικούν σε μεγάλο βαθμό λευκά άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα και με την δυνατότητα έκθεσης τους δερμάτος τους στο ηλιακό φως. Αυτοί οι καρκίνοι εμφανίζονται στα βασικά κύτταρα που βρίσκονται στα βαθύτερα στρώματα (στοιβάδες) της επιδερμίδας διαλείπουσα υπέρμετρη έκθεση στον ήλιο, η ακτινοθεραπεία, ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό BCC, η ανοσοκαταστολή, το ανοιχτόχρωμο δέρμα, ιδιαίτερα τα κόκκινα μαλλιά και η ευκολία εγκαύματος (φωτότυπος δέρματος I και II) και τα φυσαλιδώδη ηλιακά εγκαύματα κατά την παιδική ηλικία, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη BCC. Είναι

ενδιαφέρον ότι η ακτινική ελάστωση και οι ρυτίδες δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης BCC (Benedetto, 2002).

Τα Βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC). Όσο μεγαλύτεροι σε μέγεθος είναι οι όγκοι, τόσο περισσότερη εκτεταμένη θεραπεία χρειάζονται. Αν και ο καρκίνος του δέρματος, σπάνια εξαπλώνεται ή δίνει μετάσταση σε ευγενή όργανα, μπορεί όμως να προκαλέσει καταστροφή στους γύρω ιστούς και παραμόρφωση και μερικές μορφές BCC μπορεί να είναι πιο επιθετικές από άλλες (Benedetto, 2002).

Αφού αφαιρεθούν μικρά δερματικά καρκινώματα, οι ουλές συνήθως είναι κοσμητολογικά αποδεκτές. Εάν οι όγκοι είναι ευμεγέθεις ή σε συγκεκριμένες κρίσιμες περιοχές, ένα απλό κλείσιμο με δερματικό μόσχευμα ή με επικάλυψη (flap) μπορεί να φανεί χρήσιμο για να επουλωθεί το τραύμα και να επιτευχθεί το καλύτερο κοσμητολογικό αποτέλεσμα και την διευκόλυνση της επούλωσης.

Συχνά δύο ή περισσότερες από αυτές τις μορφές καρκίνου μπορεί να συνυπάρχουν σε έναν όγκο. Επιπρόσθετα, μερικές φορές Βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC) μπορεί να μοιάζουν με μη καρκινικές βλάβες του δέρματος, όπως αυτές της ψωρίασης ή του εκζέματος. Είναι σκόπιμο να επισκεφθείτε έναν ειδικό δερματολόγο για να αποκτήσετε μία σαφή διάγνωση. Παρόλα αυτά όμως αν παρατηρήσετε κάποιο προειδοποιητικό σημάδι όπως στις εικόνες ή οτιδήποτε άλλο ανησυχητικό ή επίμονη αλλαγή στο δέρμα σας, συμβουλευτείτε τον ιατρό σας το συντομότερο δυνατό (James, 2000).

BASAL-CELL CARCINOMA



ΕΙΚΟΝΑ 4: ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

ΕΙΚΟΝΑ 4: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, 2006. Βασικοκυτταρικός Καρκίνος, Κακοήθεις Όγκοι. σελ.145.

Μετά την ιατρική εξέταση από τον ειδικό, η διάγνωση του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος(BCC), επιβεβαιώνεται με βιοψία. Κατά την διαδικασία το δέρμα ναρκώνεται με τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια τεμάχιο ιστού αφαιρείται και στέλνεται στο εργαστήριο για ιστολογική εξέταση και καθορισμού της διάγνωσης. Αν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα απαιτείται θεραπεία. Εντυχώς υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές μέθοδοι για την εξάλειψη του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος(BCC). Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται στον τύπο, το μέγεθος, την περιοχή και το βάθος διήθησης του όγκου, επίσης από την ηλικία του ασθενούς και την γενική κατάσταση της υγείας του και τελικά ανάλογα της εμφάνισης του όγκου συνιστάται η ενδεδειγμένη θεραπεία. Η θεραπεία σχεδόν πάντα μπορεί να εφαρμοστεί σε εξωτερική βάση, στο ιατρείο του ιατρού ή στην κλινική. Με διάφορες χειρουργικές τεχνικές συνήθως χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία. Πόνος ή δυσφορία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής διαδικασίας είναι ελάχιστα και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σπάνιος (Betti, 1997).

- **Σκληροδερμοειδές , μορφεϊκό ή ουλωτικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα**

Αυτό το είδος BCC εμφανίζεται σαν μια λευκή σκληρυντική πλάκα. Το 95% αυτών των BCC εντοπίζονται στην κεφαλή και τον τράχηλο. Η εξέλκωση, μαργαριταροειδής στρογγυλεμένος όγκος και η εφελκιδοποίηση συνήθως απουσιάζουν. Ευρυαγγείες παρατηρούνται σε ποικίλο βαθμό. Γι αυτό το λόγο, η βλάβη δεν γίνεται αντιληπτή ή δεν διαγιγνώσκεται σωστά για κάποιο χρονικό διάστημα. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το δεσμοπλαστικό τριχοεπιθηλίωμα , μια ουλή, το μικροκυστικό εξαρτηματικό καρκίνωμα και το δεσμοπλαστικό μελάνωμα. Το μοναδικό χαρακτηριστικό είναι οι δεσμίδες βασικών κυττάρων, οι οποίες είναι διασκορπισμένες μεταξύ ενός πυκνού υποκυτταρικού συνδετικού ιστού (Goldberg et al, 1999).

- **Κυστικό Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα**

Πρόκειται για θολωτά, κυανόφαια κυστικά οζίδια που κλινικά είναι παρόμοια με τα εκκρινή και αποκρινή υδροκυστώματα.

- **Διηθικό Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα**

Είναι ένας επιθετικός υποτύπος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από εν τω βάθει διήθηση νησιδίων βασικόμορφου επιθηλίου σε ένα στρώμα πλούσιο σε ινοβλάστες. Κλινικά απουσιάζει η ουλοειδής εμφάνιση του σκληροδερμοειδούς BCC. Ιστολογικά, το στρώμα είναι υπερκυτταρικό, τα νησιδία έχουν τεθλασμένο περίγραμμα και η ακανθοκυτταρική διαφοροποίηση είναι συνήθης.

- **Μελαγχρωματικό Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα**

Η παραλλαγή αυτή έχει όλα τα χαρακτηριστικά του οζώδους BCC, αλλά επιπρόσθετα υπάρχει και καστανή ή μελανή χρώση. Όταν άτομο με σκουρόχρωμα χαρακτηριστικά όπως οι Λατινοαμερικάνοι, οι Ισπανόφωνοι ή Ασιάτες αναπτύσσουν BCC, αυτός είναι ο τύπος που αναπτύσσουν περισσότερο. Κατά τη θεραπεία αυτών των βλαβών, θα πρέπει να είναι γνωστό, ότι αν επιλεγεί η ακτινοθεραπεία σαν η θεραπευτική μέθοδος, η μελάγχρωση παραμένει στην περιοχή της βλάβης.

Διαφορική Διάγνωση για BCC

Παρακάτω καταγράφεται αναλυτικά με το κάθε είδος BCC και η διαφορική του διάγνωση

Οζώδες: Στο οζώδες βασικοκυτταρικό καρκίνωμα η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνει από τον μελαγχρωματικό σπίλο, της σμηγματογόνο υπερπλασία, το τριχοεπιθηλίωμα και το τριχiléμωμα.

Οζώδες και ελκωτικό: Στο οζώδες και ελκωτικό BCC η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνει από το ακανθωκυτταρικό καρκίνωμα, το κερατοακάνθεμα, τη μολυσματική Τέρμινθος, τη μυρμηγκιά, τη μονήρης μικρή αρχική βλάβη, πέμφυγας στον ρόθωνα ή το τριχωτό της κεφαλής, την ακτινική υπερκεράτωση, το επώδυνο οζίδιο ωτός, το σχισμοειδές ακάνθεμα, το ηωσινόφιλο, το κοκκίωμα του Lever, το καλοήθες λεμφοκύττωμα του δέρματος και το μονήρη βασικοκυτταρικό σπίλο.

Μελαγχρωτικό BCC: Στο μελαγχρωτικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνεται από το μελαγχρωματικό σπίλο, το κακοήθης μελάνωμα, το αγγειοκεράτωμα, τη μελαγχρωματική σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση, το δερματοΐνωμα, το λεμφαγγείωμα και το θηλώδες συριγγοκυσταδένωμα.

Επιφανειακό BCC: Στο επιφανειακό BCC η διαφορική διάγνωση πρέπει αν γίνεται από τη νόσο του Bowen, την ψωρίαση και την εξωσματική νόσο του Paget.

BCC σε μορφή εντοπισμένης σκληροδερμίας: Η διαφορική διάγνωση αυτού του είδους BCC πρέπει αν γίνεται από την εντοπισμένη σκληροδερμία και μια ουλή.

BCC αναπτυσσόμενο σε μυρμηκιώδη επιδερμικό οργανοειδή σπίλο-σπίλος του Jadasohnn: Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνονται από το θηλώδες σμηγματοκυσταδένωμα και το μικτό αμάρτωμα.

Σύνδρομο πολλαπλών βασικοκυτταρικών σπίλων: Σε αυτό η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από τα τριχοεπιθηλιώματα, την πολλαπλή νευροϊμάτωση και τα μισχωτά θηλώματα (Κατσάμπας, 2007).

Θεραπεία BCC

Μετά την ιατρική εξέταση από τον ειδικό, η διάγνωση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος (BCC), επιβεβαιώνεται με βιοψία. Κατά την διαδικασία το δέρμα ναρκώνεται με τοπική αναισθησία. Στη συνέχεια τεμάχιο ιστού αφαιρείται και στέλνεται στο εργαστήριο για ιστολογική εξέταση και καθορισμού της διάγνωσης. Αν

υπάρχουν καρκινικά κύτταρα απαιτείται θεραπεία. Ευτυχώς υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές μέθοδοι για την εξάλειψη του Βασικοκυτταρικού καρκινώματος (BCC). Η επιλογή της θεραπείας βασίζεται στον τύπο, το μέγεθος, την περιοχή και το βάθος διήθησης του όγκου, επίσης από την ηλικία του ασθενούς και την γενική κατάσταση της υγείας του και τελικά ανάλογα της εμφάνισης του όγκου συνιστάται η ενδεδειγμένη θεραπεία (Robins, P., 1999).

2.ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις αντιπροσωπεύουν δυσπλασίες, οι οποίες προκύπτουν από την έκθεση στον ήλιο. Ανευρίσκονται κυρίως στις χρονίως εκτεθειμένες στον ήλιο επιφάνειες του προσώπου, των αυτιών, του φαλακρού τριχωτού της κεφαλής, της ραχιαίας επιφάνειας των άκρων χεριών και των αντιβραχίων. Πρόκειται συνήθως για πολλαπλές, διακριτές, επίπεδες ή επηρμένες, μυρμηκιώδεις ή κερατωτικές, ερυθρές, μελαγχρωματικές ή στο χρώμα του δέρματος. Συνήθως η επιφάνεια τους καλύπτεται από προσκολλημένα λέπια, αλλά μερικές φορές είναι λεία και στίλβουσα. Κατά την ψηλάφηση τους, η επιφάνεια είναι τραχιά, σαν γυαλόχαρτο και μερικές φορές, οι βλάβες είναι ευκολότερο να γίνουν αντιληπτές με την ψηλάφηση παρά με την επισκόπηση. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει ευαισθησία όταν η βλάβη τριφτεί ή ξυριστεί. Οι βλάβες είναι συνήθως σχετικά μικρές, διαμέτρου 3mm έως 1cm. Σπάνια οι βλάβες μπορούν να ξεπεράσουν τα 2cm, αλλά μια βλάβη μεγαλύτερη από 6 mm θα πρέπει να θεωρείται ακτινική υπερκεράτωση μόνο στην περίπτωση στην οποία αυτό αποδεικνύεται με βιοψία ή υποχωρεί πλήρως με την θεραπεία. Ο υπερτροφικός τύπος ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε σχηματισμό δερματικού κέρατος, εμφανίζεται κυρίως στη ραχιαία επιφάνεια των αντιβραχίων και των άκρων χεριών. Ενώ η ακτινική υπερκεράτωση αποτελεί την πιο κοινή προκαρκινική μορφή, δεν καταλήγουν όλες οι υπερκερατώσεις σε καρκίνο. Δυστυχώς, δεν υπάρχει τρόπος να ξέρουμε από πριν ποια είδη υπερκερατώσεων είναι πρόδρομοι των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων. Για αυτό είναι ευτύχημα ότι υπάρχουν τόσες πολλές αποτελεσματικές θεραπείες που εξαλείφουν τις ακτινικές υπερκερατώσεις.



ΕΙΚΟΝΑ 5: ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ

ΕΙΚΟΝΑ 5: Δανοπούλου Ι, 2007. Κακοήθεις Όγκοι, *Εισαγωγή στην δερματολογία*. σελ 188.

Πριν να επιλέξουμε μια θεραπεία, ο γιατρός θα πρέπει να κάνει βιοψία για να αποφασίσει αν η ακτινική υπερκεράτωση είναι κακοήθης. Αυτό γίνεται με το ξύρισμα στην κορυφή της βλάβης με ένα χειρουργικό νυστέρι ή ξύσιμο με ένα ξέστρο. Τοπική αναισθησία απαιτείται. Η αιμορραγία συνήθως σταματά με ένα στυπτικό μέσο. Οι ακτινικές υπερκερατώσεις που εμφανίζονται σαν ερυθρές κηλίδες μπορεί να διακρίνονται δύσκολα από τη νόσο Bowen ή από το επιφανειακό BCC. Αν υπάρχει ένα ψηλαφητό δερματικό στοιχείο ή αν κατά το τέντωμα του δέρματος υπάρχει μια μαργαριταροειδής εικόνα, θα πρέπει να εξετάζεται η διενέργεια (Amonette, 1993).

3. ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (SCC)

Πρόκειται για κακοήθη όγκο του δέρματος προερχόμενο από τα κύτταρα της επιδερμίδας. Είναι πιο επιθετικός από τον βασικοκυτταρικό καρκίνο, μεγαλώνει πιο γρήγορα και δίνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες και αργότερα και σε άλλους ιστούς. Αυτή η μορφή καρκίνου συναντάται στα ακανθο-κύτταρα από τα οποία αποτελείται το μεγαλύτερο μέρος της επιφανειακής στοιβάδας του δέρματος (η επιδερμίδα). Τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε περιοχή

του δέρματος συμπεριλαμβανομένου των βλεννογόνων του στόματος και των γεννητικών οργάνων. Βέβαια παρατηρείται πιο συχνά σε σημεία τα οποία εκτίθενται στον ήλιο όπως π.χ. στο πτερύγιο του αυτιού, το κάτω χείλος, το πρόσωπο, το φαλακρό τμήμα ενός κρανίου, στο λαιμό, τα χέρια, τους βραχίονες καθώς επίσης και στα πόδια. Συχνά το δέρμα στα σημεία αυτά φαίνεται οπτικά σαν να έχει προκληθεί βλάβη από τον ήλιο, εμφανίζει ρυτίδες, αλλαγές στο χρώμα καθώς επίσης και απώλεια της ελαστικότητας (Robins, 1990).

Μπορούν να προσβληθούν άτομα με ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, ξανθά μαλλιά και μπλε, πράσινα η γκρι μάτια ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Όμως οποιοσδήποτε με ιστορικό σημαντικής έκθεσης στον ήλιο ανήκει επίσης στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Άτομα των οποίων το επάγγελμα απαιτεί πολλές ώρες παραμονής σε εξωτερικό χώρο η τα οποία περνούν αρκετό από τον ελεύθερό τους χρόνο στον ήλιο οπωσδήποτε κινδυνεύουν. Κάποιος ο οποίος είχε στο παρελθόν βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC), έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) όπως συμβαίνει στα άτομα τα οποία έχουν κληρονομική ευαισθησία στη UVA ακτινοβολία όπως αυτοί που έχουν μελαγχρωματική ξηροδερμία. Οι άντρες έχουν διπλάσιες πιθανότητες απ' ότι οι γυναίκες να προσβληθούν από ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC). Σπάνια εμφανίζεται σε άτομα πριν την ηλικία των 50 ετών. Συχνότερα συναντάται σε άτομα τα οποία διανύουν την έβδομη δεκαετία της ζωής τους. Η πλειοψηφία των καρκίνων του δέρματος στους αфро-αμερικανούς είναι οι ακανθοκυτταρικοί (SCC) και εμφανίζονται σε περιοχές του δέρματος όπου προϋπήρχε ερεθισμένο δέρμα ή έγκαυμα. Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι με φυσική σκουρόχρωμη επιδερμίδα έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του δέρματος σε σύγκριση με άτομα τα οποία έχουν ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, είναι αναγκαίο όμως και πάλι να προστατεύονται από τον ήλιο (Breuninger, 1997).

ΑΙΤΙΑ

Η χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία αποτελεί την αιτία για τις περισσότερες περιπτώσεις ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Η συχνή χρήση του τεχνητού μαυρίσματος (tanning beds, solarium) επίσης διπλασιάζει τον κίνδυνο του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Οι άνθρωποι οι οποίοι τα χρησιμοποιούν έχουν κατά 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC), απ' ό,τι εκείνοι οι οποίοι δεν κάνουν χρήση. Τα τραύματα στο δέρμα αποτελούν επιπλέον πηγή. Ο καρκίνος δύναται να παρουσιασθεί σε εγκαύματα, ουλές, έλκη χρονίζουσες πληγές και σημεία του δέρματος τα οποία έχουν εκτεθεί είτε σε ακτινοβολία είτε σε συγκεκριμένα χημικά όπως π.χ. αρσενικό και υπο-προϊόντα πετρελαίου (Breuninger, 1997).

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα δύναται να προκληθεί σε χρονίζουσες μολύνσεις όπως και σε ερεθισμένο δέρμα. Επιπλέον η λοίμωξη από τον ανθρώπινο ιό της ανοσοανεπάρκειας (HIV) και άλλες ασθένειες του ανοσοποιητικού, η χημειοθεραπεία, τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται στην μεταμόσχευση οργάνων για την αποφυγή απόρριψης ακόμη και η υπερβολική έκθεση στον ήλιο αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας το αδύναμο να καταπολεμήσει ασθένειες. Αυτό έχει σαν συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ακανθοκυτταρικών και άλλων καρκίνων του δέρματος. Ευκαιριακά ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα εμφανίζεται ξαφνικά σε φυσιολογικό, υγιές δέρμα. Μερικοί επιστήμονες ερευνητές υποστηρίζουν ότι η προδιάθεση ανάπτυξης αυτών των καρκίνων είναι κληρονομικοί (Breuninger, 1997).

Συμπτώματα

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC) εκδηλώνεται ως μία επίμονη παχιά, τραχεία, λεπιδώδη βλάβη η οποία δύναται να αιμορραγήσει εάν χτυπηθεί κατά λάθος. Συχνά μοιάζει με θήλωμα και μερικές φορές εμφανίζεται ως μία ανοιχτή πληγή με επηρμένα όρια και εφελκίδες στην επιφάνεια η που καλύπτουν μια επηρμένη ρυπαρή βάση (Breuninger, 1997).

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι παρουσιάζουν τραχείς, φλυκταινώδεις, ελαφρώς επηρμένους όγκους. Αυτοί οι όγκοι έχουν ερυθρόφαιο χρώμα με διάμετρο από 1χλ. έως 1εκ. Βρίσκονται σε σημεία του δέρματός τα οποία έχουν εκτεθεί στον ήλιο. Υπάρχει πιθανότητα να αποτελέσουν το πρώτο βήμα προς την εμφάνιση ακανθοκυτταρικού καρκίνου (SCC). Ειδικό υποστηρίζουν ότι αποτελούν την πιο

πρώιμη μορφή του ακανθοκυτταρικού καρκίνου. Σύμφωνα με μελέτες 2 έως 10% των μη θεραπευμένων ακτινικών υπερκερατώσεων (AK) αναπτύσσονται σε ακανθοκυτταρικό καρκίνο. Βέβαια 40 έως 60 % των ακανθοκυτταρικών καρκινωμάτων (SCC) ξεκινούν από μη θεραπεύσιμες ακτινικές υπερκερατώσεις (Alfred, 1990).

4.ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΚΑΙ ΣΠΙΛΟΙ

Εκτός από την περίπτωση του γιγάντιου συγγενούς σπίλου, τα μελανώματα συνήθως εξορμούνται από μελανοκύτταρα του χοριοεπιδερμικού ορίου. Περίπου τα μισά αναπτύσσονται επί προϋπαρχόντων σπύλων, αλλά τα υπόλοιπα αναπτύσσονται επί προηγουμένως φυσιολογικής εμφάνισης δέρματος. Συνήθως υπάρχει μακρά, μη διηθητική οριζόντια διάταξη φάση ανάπτυξης στην οποία η βλάβη αυξάνεται ασύμμετρα. Τελικά αναπτύσσεται οζίδιο που παριστά και την κάθετη φάση ανάπτυξης. Παρότι η παρουσία κάθετης φάσης ανάπτυξης αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για μεταστάσεις, ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου είναι το βάθος διήθησης (Arthur, 1997).

Είναι μια από τις πιο θανατηφόρες μορφές καρκίνου του δέρματος, που συνήθως εμφανίζεται σαν μια ασύμμετρη, με ακανόνιστα όρια, πολύχρωμη ή καφέ χρώματος (ως μαυρισμένου δέρματος) κηλίδα ή σαν ένα έπαρμα που συνεχίζει να αυξάνεται σε μέγεθος με την πάροδο του χρόνου. Πρωτοεμφανίζεται σαν μία επίπεδη κηλίδα που στην συνέχεια επαίρεται. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι μελαγχρωματικό. Η επίπτωση του μελανώματος έχει αυξηθεί εντυπωσιακά, πιθανώς εξαιτίας του τύπου έκθεσης στον ήλιο. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα στα πιο παραγωγικά έτη της ζωής τους. Δεν είναι συχνό σε φυλές με σκούρο δέρμα και οι βλάβες των κάτω άκρων αποτελούν μεγαλύτερο μέρος των μελανωμάτων σε άτομα με πιο σκούρο δέρμα. Η χαμηλότερη επίπτωση παρατηρείται σε Ασιάτες. Τα παιδιά σπανίως εμφανίζουν συγγενές ή επίκτητο μελάνωμα. Το συγγενές μπορεί να προκληθεί από διαπλακουντιακή μετάδοση από πάσχουσα μητέρα, ή ως πρωτοπαθής ενδομήτρια βλάβη (Alfred, 1997).

Αιτιολογικοί παράγοντες

Το ανοιχτόχρωμο δέρμα, τα ανοιχτόχρωμα μάτια, τα ξανθά ή κόκκινα μαλλιά, τα ηλιακά εγούματα με φυσαλιδοποίηση σε παιδική ηλικία, οι πολλές φακίδες και η τάση να μαυρίζει κανείς δύσκολα και να ακούγεται εύκολα στον ήλιο αποτελούν ενδείξεις αυξημένου κινδύνου για μελάνωμα. Ο μεγάλος αριθμός κοινών σπύλων, η παρουσία μεγάλων σπύλων και η παρουσία κλινικά δυσπλαστικών σπύλων αυξάνουν όλα το κίνδυνο. Ο κίνδυνος ανάπτυξης πολλαπλών πρωτοπαθών μελανωμάτων είναι αυξημένος εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, εάν υπάρχει κλινικά ή ιστολογικά άτυπος σπίλος, εάν υπάρχουν περισσότεροι από 50 καλοήθεις σπίλοι και εάν ο ασθενής δεν χρησιμοποιεί αντηλιακή προστασία. Πρέπει να γίνεται καθημερινή εφαρμογή αντηλιακού γαλακτώματος στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές, αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με αποφυγή του ήλιου. Άλλοι ενοχοποιούμενοι παράγοντες είναι η PUVA, οι τεχνικές μαυρίσματος με λάμπα ή μελαγχρωματική ξηροδερμία, οι εγκαυματικές ουλές και η ανοσοανεπάρκεια. Η συσχέτιση μεταξύ χορήγησης λεβοντόπα για τη νόσο Parkinson και εμφάνισης μελανώματος δεν έχει αποδειχθεί (Dalle, 2003).

- **ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΣΠΙΛΟΙ:** είναι συνήθεις καλοήθεις σπίλοι οι οποίοι μοιάζουν με το μελάνωμα. Τα άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μεμονωμένα ή πολλαπλά μελανώματα. Όσο πιο μεγάλος είναι ο αριθμός αυτών των σπύλων που έχει ένα άτομο, τόσο πιο υψηλός είναι ο κίνδυνος. Οι ασθενείς που εμφανίζουν 10 ή περισσότερους σπίλους, έχουν 12% μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν μελάνωμα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Ιατρικές αναφορές δεικνύουν ότι περίπου το 2-8% του Καυκάσιου πληθυσμού, εμφανίζει αυτούς τους σπίλους. Η κληρονομικότητα επίσης φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των σπύλων. Τα άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους και με οικογενειακό ιστορικό μελανώματος (2 ή περισσότεροι συγγενείς εξ αίματος με αυτή την ασθένεια) έχουν ένα εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο στο να παρουσιάσουν μελάνωμα. Άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους, αλλά χωρίς οικογενειακό ιστορικό μελανώματος, ακόμα μπορεί να αντιμετωπίσουν 7-27 φορές υψηλότερο κίνδυνο

εμφάνισης μελανώματος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό-σίγουρα ένα αρκετά υψηλό ποσοστό που θα τους κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για μηνιαία αυτοεξέταση, τακτικές εξετάσεις δέρματος από επαγγελματίες και καθημερινή προστασία από τον ήλιο (Steven, 1990).

➤ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ 'ΚΛΑΣΣΙΚΟΥ' ΑΤΥΠΟΥ ΣΠΙΛΟΥ

Κάποιοι άνθρωποι επηρεάζονται τόσο πολύ και από τις δύο μορφές σπύλων, τους σπύλους τυπικής μορφής και τους σπύλους άτυπης μορφής, που χαρακτηρίζονται ως πάσχοντες από το Σύνδρομο των άτυπων σπύλων. Τα άτομα αυτά βρίσκονται σε εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν μελάνωμα. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν τα εξής τρία χαρακτηριστικά συμπτώματα: 100 ή περισσότερους σπύλους, έναν ή περισσότερους σπύλους των 8mm, (1/3 ίντσας) ή μεγαλύτερης διαμέτρου, έναν ή περισσότερους σπύλους που είναι άτυποι. Έναν εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος είναι τα άτομα τα οποία έχουν σύνδρομο οικογενών άτυπων πολλαπλών σπύλων. Τα άτομα αυτά δεν παρουσιάζουν μόνον το σύνδρομο των άτυπων σπύλων, αλλά έχουν και έναν ή δύο πρώτου ή δευτέρου βαθμού συγγενή με μελάνωμα. Ενώ οι άτυποι σπύλοι κάνουν την εμφάνισή τους στην παιδική ηλικία, μπορούν να εμφανιστούν πάλι σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής σε άτομα με σύνδρομο οικογενών άτυπων πολλαπλών σπύλων (Steven, 1990).



ΕΙΚΟΝΑ 6: ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

ΕΙΚΟΝΑ 6: ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΠΕ, 2007.

2.1.4.2. ΠΟΤΕ ΟΙ ΣΠΙΛΟΙ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους και με οικογενειακό ιστορικό δυσπλαστικών σπίλων ή μελανώματος τείνουν να αναπτύξουν καρκίνο σε νεαρότερη ηλικία από τους ασθενείς με μελάνωμα που δεν είχαν παρουσιάσει τέτοιους σπίλους. Άτομα με δυσπλαστικούς σπίλους αλλά χωρίς οικογενειακό ιστορικό δυσπλαστικών σπίλων ή μελανώματος είναι δυνατόν να παρουσιάσουν μελάνωμα σε σχετικά νεαρή ηλικία, αλλά σπανιότερα. Ευτυχώς, το μελάνωμα μπορεί να είναι από τις πιο απλές μορφές καρκίνου κατά τη φάση της διάγνωσης και μια από τις πιο απλές μορφές καρκίνου όσον αφορά στη θεραπεία, εφόσον βρεθεί και αφαιρεθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα. Εάν όμως αφηθεί να εξαπλωθεί σε άλλα σημεία του σώματος (δώσει μεταστάσεις), τότε η πρόγνωση είναι πολύ μικρή. Περίπου 8.700 θάνατοι το χρόνο συμβαίνουν λόγω ύπαρξης μελανώματος. Πολλές φορές είναι δύσκολο να γίνει η διάκριση ανάμεσα στους δυσπλαστικούς σπίλους και στην αρχή της εμφάνισης ενός μελανώματος. (Μερικές φορές, το μελάνωμα θα εμφανιστεί υπό μορφή δυσπλαστικού σπίλου). Για να καθιερωθεί η διαφορά, ένας γιατρός θα πρέπει να αφαιρέσει ολόκληρο το σημείο στο οποίο έχει εμφανιστεί το μελάνωμα ή ένα ποσοστό του σημείου αυτού προκειμένου να εξεταστεί σε εργαστήριο ιστοπαθολογίας. Πολλοί γιατροί συστήνουν την εξέταση του σπίλου με δερματοσκόπιο, το οποίο μεγεθύνει και επιτρέπει την οπτικοποίηση των εσωτερικών δομών και χρωμάτων που δεν μπορούν να γίνουν ορατά με γυμνό μάτι (Berberian, 1997).

2.2 ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι οι ακόλουθοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο:

- **Δέρμα:** ο τύπος του δέρματος και οι ελιές στο δέρμα επηρεάζουν τον κίνδυνο του ατόμου όταν έχει ανοιχτόχρωμο δέρμα, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και μπλε, πράσινα ή γκρι μάτια. Άσχημα ηλιακά εγκαύματα με φουσκάλες. Δέρμα που καίγεται παρά μαυρίζει 50 ή περισσότερες κρεατοελιές
- **Χρήση σολάριουμ και δερματοστιξία**
- **Δυσπλαστικούς ή άτυπους σπίλους**
- **Οικογένεια:** Όταν ένας στενός εξ αίματος συγγενής είχε ή έχει καρκίνο του δέρματος. Ένας στενός συγγενής είναι οι γονείς, αδελφός, αδελφή ή το παιδί. Ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του δέρματος είναι το ιατρικό ιστορικό.
- **Κερατινώσεις,** που σημαίνει ότι το δέρμα έχει πολλές ζημιές. Αυτές οι ζημιές αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του δέρματος.
- **Μεταμόσχευση οργάνου.** Το φάρμακο που εμποδίζει το σώμα να απορρίψει το μόσχευμα, αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα. Ένα αδύναμο ανοσοποιητικό σύστημα αυξάνει τον κίνδυνο.
- **Ακτινοθεραπείες.** Η μακράς διάρκειας θεραπεία κάποιας ασθένειας με ακτίνες X αυξάνει επίσης τον κίνδυνο. Αν και παίρνει πολλά χρόνια για να αναπτυχθεί. Αρρώστιες που αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, όπως το λέμφωμα και ο ιός HIV.
- **Xerodermapigmentosum.** Τα άτομα που κληρονομούν αυτή τη σπάνια ασθένεια κινδυνεύουν σε μεγάλο βαθμό.
- **Το σύνδρομο Gorlin.** Άλλη μία σπάνια ασθένεια που κάνει το άτομο πιο ευάλωτο.
- **Η έκθεση σε χημικές ουσίες** όπως το αρσενικό, ο άνθρακας, η βιομηχανική πίσσα.
- **Κάπνισμα:** αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου στο δέρμα, στο στόμα ή στο λαιμό (James et al., 2011).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΟΛΑΡΙΟΥΜ;

Το σολάριουμ είναι μία συσκευή με λάμπες, που είτε είναι ένας όρθιος θάλαμος όπου ο πελάτης στέκεται όρθιος, είτε ένα σκεπαστό κρεβάτι όπου ξαπλώνει.

Οι λάμπες αυτές, εκπέμπουν στο σώμα μας ακτινοβολία, παρόμοια με την **ακτινοβολία** που δεχόμαστε από τον ήλιο, που συμβάλλει στο μαύρισμα του δέρματός μας. Τα solarium έχουν φανατικούς οπαδούς σε όλο τον κόσμο, και είναι ιδιαίτερα δημοφιλή στις χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης, όπου η ηλιοφάνεια είναι περιορισμένη τους περισσότερους μήνες του χρόνου. Και στην χώρα μας ωστόσο υπάρχουν αρκετοί φαν του σολάριουμ που το χρησιμοποιούν κυρίως κατά τους χειμερινούς μήνες και την άνοιξη ώστε να έχουν τροπικό μαύρισμα προτού αρχίσει η θερινή σεζόν. Η χρήση των σολάριουμ και στη χώρα μας είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη, καθώς υπάρχουν σχεδόν παντού από ξενοδοχεία και ινστιτούτα αισθητικής έως γυμναστήρια, σπα και κέντρα αδυνατίσματος.

Πώς λειτουργούν τα σολάριουμ;

Οι λάμπες του σολάριουμ εκπέμπουν πυκνή υπεριώδη ακτινοβολία (UVA). Στην πραγματικότητα τα σολάριουμ μπορούν να εκπέμπουν UVA έως και πέντε φορές ισχυρότερη από όσο ο μεσημεριανός ήλιος του καλοκαιριού. Η UVA ωθεί τα κύτταρα του δέρματος να παράγουν την χρωστική ουσία μελανίνη με αποτέλεσμα το δέρμα μας να εμφανίζεται μαυρισμένο. Το μαύρισμα με το solarium επιταχύνεται μια και η UV είναι πιο έντονη από ό,τι από την φυσική ακτινοβολία του ήλιου.

Οι υπέρμαχοι του σολάριουμ αναφέρουν ότι είναι η πλέον ασφαλής μέθοδος μαυρίσματος και παρέχει σε κάποιο βαθμό φυσικά, προστασία απέναντι στη φυσική ηλιακή ακτινοβολία. Υπάρχει η άποψη ότι το τεχνητό μαύρισμα από το σολάριουμ προστατεύει το δέρμα από τον ήλιο. Η άποψη αυτή είναι εν μέρει σωστή. Εν μέρει βέβαια, γιατί η φυσική ασπίδα που διαθέτει το δέρμα όταν έχει προηγουμένως εκτεθεί σε τεχνητή ακτινοβολία δεν είναι μεγαλύτερη από αυτή που θα παρείχε ένα αντηλιακό με SPF-4.

Όμως, το σολάριουμ δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να θεωρείται ακίνδυνο, ακόμη και αν το δέρμα μας δεν είναι ευαίσθητο στην ακτινοβολία του ηλίου. Η ακτινοβολία

UVA που εκπέμπει αν και πιο «light» από την UVB (η UVB προκαλεί τα γνωστά εγκαύματα και θεωρείται ο βασικός ένοχος για τον καρκίνο του δέρματος αλλά πλέον γνωρίζουμε ότι και η UVA παίζει σημαντικό ρόλο στον καρκίνο του δέρματος), είναι αρκετά επικίνδυνη και μπορεί να αποβεί και καρκινογόνος. Κάθε φορά που το δέρμα μας εκτίθεται σε τεχνητή ή μη ακτινοβολία UV, οι βλάβες στα κύτταρα του δέρματος συσσωρεύονται, αυξάνοντας τις πιθανότητες να αναπτυχθεί καρκίνος του δέρματος ακόμα και σε νεαρά άτομα ενώ επίσης η UVA είναι υπεύθυνη για την πρόωρη γήρανση του δέρματος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προειδοποιήσει εδώ και χρόνια ότι τα σολάριουμ είναι καρκινογόνα και δεν συνιστά τη χρήση τους για μη ιατρικούς λόγους. Εκτεταμένη έρευνα σε 10 κράτη-μέλη της ΕΕ κατά την διάρκεια της οποίας εξετάστηκαν εξονυχιστικά περισσότερα από 500 κρεβάτια σολάριουμ σε 300 spa, γυμναστήρια και στούντιο για τεχνητό μαύρισμα (tanning salons) φανερώνει ότι αφενός σε πολλές περιπτώσεις η ένταση της υπεριώδους ακτινοβολίας υπερβαίνει τα όρια ασφαλείας με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης **καρκίνου του δέρματος** αλλά και να επιταχύνεται τρομακτικά η **πρόωρη γήρανση** της επιδερμίδας.

Συγκεκριμένα, ερευνητές από το Πανεπιστήμιο του Ντάντι στη Σκωτία και το Πανεπιστήμιο του Λέιντεν στην Ολλανδία διαπίστωσαν ότι το σολάριουμ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, το οποίο αναλογεί στο 20% των συνολικών κρουσμάτων καρκίνου του δέρματος.

Οι ερευνητές επισημαίνουν πως τα περισσότερα επιστημονικά δεδομένα εστιάζουν στη σχέση σολάριουμ και μελανώματος, το οποίο συνδέεται με το έγκαυμα και αντιστοιχεί μόλις στο 1% των συνολικών κρουσμάτων καρκίνου του δέρματος.

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος καρκίνου του δέρματος και οφείλεται στην υπερβολική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία.

Οι ερευνητές εκτιμούν ότι ένα άτομο που κάνει σολάριουμ για 12 λεπτά κάθε 8 ημέρες από την ηλικία των 20 έως την ηλικία των 35 αντιμετωπίζει κατά 90% αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στα 50.

Αν και άλλες μορφές καρκίνου του δέρματος, όπως το μελάνωμα, συνδέονται άμεσα με το έγκαυμα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα οφείλεται στη χρόνια και σωρευτική έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία από την καθημερινή έκθεση στον ήλιο, την ηλιοθεραπεία και το σολάριουμ.

Και άλλοι κίνδυνοι παραμονεύουν στα σολάριουμ.

Σύμφωνα με την σχετική έρευνα σε πολλά σολάριουμ επιτρέπεται η χρήση τους και σε άτομα κάτω των 18 ετών (που κανονικά απαγορεύεται -άλλωστε οι φθορές τις οποίες προκαλεί ο ήλιος είναι αθροιστικές και πιο επικίνδυνες όταν γίνονται σε νεαρή ηλικία), ενώ από τον χώρο των σολάριουμ απουσιάζουν και κάθε είδους έντυπα πληροφόρησης του κοινού για τις βλαβερές παρενέργειες της υπερϊώδους ακτινοβολίας. Τα ευρήματα αυτά οδηγούν την Κομισιόν να θεσπίσει νέες οδηγίες ασφαλούς χρήσεις για τα σολάριουμ. Παράλληλα, συμβουλεύει τους καταναλωτές να ελέγχουν ποια πρέπει να είναι η διάρκεια παραμονής τους στο κρεβάτι του σολάριουμ ανάλογα με τον φωτότυπό τους (την απόχρωσή της επιδερμίδας τους) και να χρησιμοποιούν προστατευτικό κάλυμμα για τα μάτια καθώς σοβαροί κίνδυνοι εγκυμονούν και για τα μάτια από την UV ακτινοβολία. Επίσης συστήνεται η αποφυγή της χρήσης σολάριουμ σε άτομα κάτω των 18 ετών. Χώρες όπως η Βρετανία έχουν απαγορεύσει εντελώς τη χρήση τους σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών, ενώ έχουν εκδώσει σχετικές προειδοποιήσεις για τους ενήλικες. Όπως γράφουν στην «Βρετανική Επιθεώρηση Δερματολογίας» (BJD), το 90% εκπέμπουν ακτινοβολία υψηλότερη από τις προδιαγραφές ασφαλείας που έχει θεσπίσει η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Ένα από αυτά, μάλιστα, εξέπεμπε τόση ακτινοβολία, ώστε είχε εξαπλάσιες πιθανότητες να προκαλέσει δερματικό καρκίνο σε σύγκριση με τον ήλιο της Μεσογείου. Οι ερευνητές εκτιμούν ότι ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με το σολάριουμ θα αυξηθεί μέσα στα επόμενα 20 χρόνια. Ζητούν να τεθούν αυστηροί περιορισμοί στη χρήση σολάριουμ από τα άτομα κάτω των 18 ετών καθώς και να μπει «λουκέτο» στα ινστιτούτα που προσφέρουν σολάριουμ και δεν υπόκεινται σε εποπτεία τέτοιου είδους νόμοι ισχύουν ήδη στην Αυστραλία.

ΎΠΟΠΤΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΑ ΤΑΤΟΥΑΖ

Τον κώδωνα του κινδύνου κρούουν ολοένα και περισσότερες έρευνες που βλέπουν το φως της δημοσιότητας για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις στην υγεία, τις οποίες μπορούν να προκαλέσουν τα τατουάζ, κυρίως λόγω των αμφιβόλου ποιότητας και προέλευσης μελανιών που μπορεί να χρησιμοποιούν κάποιοι «επαγγελματίες» του είδους. Κατά καιρούς, επιστημονικές μελέτες έχουν συνδέσει τη δημοφιλή αυτή τεχνική με σειρά ασθενειών, από απλές δερματολογικές παθήσεις μέχρι και καρκίνο.

- **Το μελάνι περιέχει καρκινογόνα σε χαμηλή μεν περιεκτικότητα, αλλά επικίνδυνα.**

Χημικοί από το εργαστήριο του Εθνικού Κέντρου Τοξικολογικών Ερευνών των ΗΠΑ, έχουν εντοπιστεί χαμηλά επίπεδα των καρκινογόνων ουσιών στο μελάνι τατουάζ. Ο κίνδυνος είναι ο εξής: Το μελάνι που εγχύεται βαθιά κάτω από την επιδερμίδα, προκαλεί το δέρμα να αντιδρά προστατευτικά, συμπυκνώνοντας την χρωστική ουσία ως ξένη μάζα σε πυκνό ινώδη ιστό, ενώ τα υπολείμματα του μελανιού που ξεφεύγουν μέσα στο δέρμα, μεταφέρονται με το αίμα στους γειτονικούς λεμφαδένες.

- **Η αφαίρεση αφήνει στο δέρμα μια τοξική χωματερή.**

Παρά το ότι η αφαίρεση του τατουάζ δεν απαιτεί πλέον χειρουργική εκτομή ή βαθιά τριβή του δέρματος όπως παλιότερα, με αποτέλεσμα να απαιτείται στη συνέχεια, μεταμόσχευση δέρματος, το λέιζερ δεν είναι εντελώς αθώο. Στην καλύτερη περίπτωση μετά από πολύμηνη θεραπεία με λέιζερ, το τατουάζ μπορεί να εξασθενήσει σταδιακά κι αυτό να ακούγεται εύκολο. Όμως, στην πραγματικότητα η διαδικασία αφαίρεσης με λέιζερ, η οποία καταστρέφει τη χρωστική ουσία με καυτή θερμότητα, ενεργοποιεί χημικές αντιδράσεις που δημιουργούν καρκινογόνα με την μετάλλαξη των προϊόντων της διάσπασης του μελανιού, τα οποία στη συνέχεια απορροφώνται από το σώμα. Πρόσφατα, Γερμανοί επιστήμονες ανέφεραν ότι οι συγκεντρώσεις των τοξικών μορίων από κόκκινες και κίτρινες χρωστικές αυξάνεται έως 70 φορές μετά την ακτινοβολία λέιζερ. Και όσο μεγαλύτερο το τατουάζ, τόσο μεγαλύτερη είναι η εκπομπή τοξικών. Αυτό που μένει τελικά στο εσωτερικό του δέρματος, μετά την αφαίρεση αποτελεί μία τοξική χωματερή.

- **Κανείς δεν μπορεί να ελέγξει την ποιότητα των μελανιών που χρησιμοποιούνται.**

Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) της Αμερικής (πόσο μάλλον στην Ελλάδα) δηλώνει ότι δεν μπορεί ελέγξει τη βιομηχανία των τατουάζ. Στην πραγματικότητα, κανείς δεν ξέρει πραγματικά τι ακριβώς περιέχουν τα πολυάριθμα εμπορικά, αλλά και σπιτικά κατασκευασμένα, πολλές φορές, μελάνια. Πολλά περιέχουν επικίνδυνους διαλύτες και μέταλλα, όπως ο μόλυβδος και ο υδράργυρος, αλλά και μια σειρά από ιδιαίτερα επικίνδυνα υλικά για την υγεία, όπως μελάνια για εκτυπωτές ηλεκτρονικών υπολογιστών ή προσμίξεις από χρώμα αυτοκίνητων – τα οποία είναι άκρως απαγορευτικά για έγχυση στο ανθρώπινο δέρμα.

Μια άλλη άποψη.

Η μόδα των τατουάζ εξαπλώνεται σταθερά τα τελευταία χρόνια και δεν είναι λίγοι αυτοί που εκφράζουν φόβους για τη συμβολή τους στην ανάπτυξη καρκίνου του δέρματος. Πολλά από τα μελάνια που χρησιμοποιούνται στα τατουάζ, είναι κατασκευασμένα από μέταλλα. Για παράδειγμα το μπλε μελάνι είναι κατασκευασμένο από κοβάλτιο και αλουμίνιο και το κόκκινο περιέχει θειούχο υδράργυρο. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ένα τατουάζ μπορεί να τραυματίσει το δέρμα, ενισχύουν την υποψία για εμφάνιση καρκίνου του δέρματος μετά από την εφαρμογή της δερματοστιξίας. Σύμφωνα με δηλώσεις του Ariel Ostad, βοηθού καθηγητή κλινικής δερματολογίας στο NYU, στους New York Times, το τατουάζ είναι απίθανο να προκαλέσει οποιαδήποτε βλάβη, καθώς περιορίζεται στα μακροφάγα κύτταρα του δέρματος, των οποίων η «δουλειά» είναι να απορροφούν ξένα υλικά.

2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Είναι σοφότερο κανείς να προλαμβάνει τον καρκίνο παρά να τον θεραπεύει (Ιπποκράτης) Το γεγονός ότι σήμερα ο καρκίνος του δέρματος είναι σχεδόν πάντα θεραπεύσιμος όταν διαγνωσθεί και γίνει έγκαιρα θεραπεία, κάνει τις παρακάτω συμβουλές, και συνήθειες αποφυγής του ηλίου, μέρος της καθημερινής φροντίδας και προστασίας της υγείας σας:

- Να επιδιώκετε να παραμένετε στην σκιά, ειδικότερα κατά τις ώρες ανάμεσα στις 10 π.μ. και 4 μ.μ.,
- Να αποφεύγετε τα εγκαύματα,
- Να αποφεύγετε την ηλιοθεραπεία καθώς και το τεχνητό μαύρισμα (solarium) με U.V ακτινοβολία,
- Κατά την έκθεσή σας στον ήλιο να καλύπτετε το σώμα σας με φαρδιά ρούχα, πλατύγυρο καπέλο και γυαλιά ηλίου, τα οποία σας προστατεύουν από την ακτινοβολία,
- Να χρησιμοποιείται καθημερινά, αντηλιακό με δείκτη προστασίας SPF ευρέως φάσματος 15 ή υψηλότερο,
- Για παρατεταμένες δραστηριότητες σε εξωτερικό χώρο να κάνετε χρήση αδιάβροχου, αντηλιακού, ευρέως φάσματος (UVA / UVB) με δείκτη προστασίας από 30 και άνω,
- Να κάνετε επάλειψη αντηλιακού, με ποσότητα ίση με 2 κουταλιές σούπας σε ολόκληρο το σώμα σας, 30 λεπτά πριν βρεθείτε σε εξωτερικό χώρο. Επαναλάβετε την επάλειψη, με συχνότητα κάθε 2 ώρες είτε μετά από κολύμπι ή μετά από υπερβολικό ιδρώτα,
- Να μην εκθέτετε τα νεογέννητα στον ήλιο. Μετά την πάροδο της ηλικίας των 6 μηνών τα μωρά πρέπει να φορούν αντηλιακό,
- Να εξετάζετε το δέρμα σας από την κορυφή έως τα νύχια, κάθε μήνα,
- Να επισκέπτεστε τον ιατρό σας, κάθε χρόνο με σκοπό την επαγγελματική εξέταση του δέρματός σας (Robins, 1999).

2.4 .ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι θεραπείας για τον δερματικό καρκίνο. Παρά ταύτα πριν το τελικό στάδιο της θεραπείας ο δερματολόγος θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

- Τον τύπο του καρκίνου
- Το σημείο του σώματος στο οποίο εμφανίζεται ο καρκίνος
- Τη μορφή του καρκίνου (επιθετική ή όχι)
- Το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος
- Την γενικότερη εικόνα της υγείας του ασθενούς (American Academy of Dermatology, 2014)

2.4.1. ΤΥΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η θεραπεία για όλους τους τύπους του καρκίνου είναι σχεδόν η ίδια. Η θεραπεία σχεδόν πάντα μπορεί να εφαρμοστεί σε εξωτερική βάση, στο ιατρείο του ιατρού ή στην κλινική. Με διάφορες χειρουργικές τεχνικές συνήθως χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία. Πόνος ή δυσφορία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής διαδικασίας είναι ελάχιστα και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι σπάνιος (Robins, 1999).

➤ ΜΙΚΡΟΓΡΑΦΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ ΜΟΗΣ

Χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία, ο ιατρός αφαιρεί τον όγκο με ένα πολύ λεπτό στρώμα του ιστού γύρω του. Καθώς ο ασθενής περιμένει, το αφαιρεθέν τεμάχιο στέλνεται αμέσως στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο, όπου οι κατεψυγμένες τομές του ιστού εξετάζονται στο μικροσκόπιο από τον χειρουργό. Αν υπάρχει καρκίνος δέρματος σε κάποια περιοχή του ιστού, τότε η διαδικασία επαναλαμβάνεται μόνο στην περιοχή που αναγνωρίστηκαν τα καρκινικά κύτταρα μέχρι το τελευταίο δείγμα ιστού να βρεθεί χωρίς καρκινικά κύτταρα. Η μέθοδος αυτή μπορεί να σώσει μεγαλύτερη ποσότητα υγιούς ιστού και έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ίασης 99 %. Χρησιμοποιείται συχνά σε βασικοκυτταρικούς όγκους που βρίσκονται σε περιοχές κοσμητολογικά μεγάλης σημασίας και σε υποτροπιάζοντες όγκους ή σε δύσκολες περιοχές όπως γύρω από τα μάτια, μύτη, χείλη και αυτιά (Robins, 1999).

➤ **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ**

Ο ιατρός αφού ναρκώσει πρώτα την περιοχή με τοπική αναισθησία, χρησιμοποιεί νυστέρι για να αφαιρέσει ολόκληρο τον όγκο μαζί με την περιβάλλουσα περιοχή με όρια υγιούς δέρματος για λόγους ασφαλείας. Στη συνέχεια το δέρμα γύρω από το χειρουργικό πεδίο κλείνει με ράμματα και ο ιστός ο οποίος αφαιρείται στέλνεται στο εργαστήριο για μικροσκοπική εξέταση με σκοπό την πιστοποίηση ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν αφαιρεθεί. Το ποσοστό επιτυχίας με αυτή την τεχνική δεν φτάνει το ποσοστό της Mohs, αλλά το ποσοστό ίασης ανέρχεται στο 90%.

➤ **ΑΠΟΞΕΣΗ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΥΤΗΡΙΑΣΗ**

(ΔΙΑΘΕΡΜΟΠΗΞΙΑ). Χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία, ο ιατρός αφαιρεί τον όγκο ξύνοντας το με την βοήθεια ενός ξέστρου(μυτερό, στρογγυλού σχήματος εργαλείο). Η θερμότητα που παράγεται με την βοήθεια μιας βελόνας διαθερμοπηξίας, καταστρέφει τα υπολείμματα του όγκου και ελέγχει την αιμορραγία. Η διαδικασία με ξέστρο μπορεί να επαναληφθεί δύο ή περισσότερες φορές κατά την διάρκεια της ίδιας συνεδρίας και βοηθάει στο να σιγουρευτούμε ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταστραφεί. Η τεχνική αυτή μπορεί να επιτύχει ποσοστά ίασης που φθάνουν αυτά της χειρουργικής αφαίρεσης, μπορεί όμως να μην είναι τόσο χρήσιμη σε επιθετικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα(BCC).ή σε αυτά που βρίσκονται σε σημείο υψηλής επικινδυνότητας (Robins, 1999).

➤ **ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**

Οι δέσμες ακτινών X κατευθύνονται στον όγκο και δεν συντρέχει λόγος χειρουργικής τομής ή αναισθησίας. Η ολική καταστροφή του όγκου απαιτεί συνήθως, μια σειρά θεραπειών διάρκειας από μια έως μερικές εβδομάδες. Αυτή η τεχνική είναι ιδανική για όγκους που παρουσιάζουν δυσκολία στο να αντιμετωπισθούν χειρουργικά ή για ηλικιωμένους ασθενείς ή για άτομα με επιβαρυσμένη την κατάσταση της υγείας τους. Τα ποσοστά επιτυχίας ανέρχονται στο 90% μια αλλά η τεχνική αυτή μπορεί μακροπρόθεσμα να προκαλέσει κοσμετολογικά προβλήματα και κινδύνους από την ραδιενέργεια καθώς και πολλές επισκέψεις στον ιατρό. Δεν είναι απαραίτητη η αναισθησία (Robins, 1999).

➤ **ΦΩΤΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (PDT)**

Αυτή η μέθοδος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για ασθενείς με πολλαπλά βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Ένας φωτοευαίσθητος παράγοντας όπως το τοπικό 5-αμινολεβουλινικό οξύ (5-ALA), εφαρμόζεται τοπικά στους όγκους, στο γραφείο του ιατρού, αυτό απορροφάται από τα καρκινικά κύτταρα. Την επόμενη μέρα, ο ασθενής επιστρέφει και οι συγκεκριμένες περιοχές ενεργοποιούνται με την βοήθεια ενός δυνατού φωτός. Επιλεκτικά, η μέθοδος αυτή καταστρέφει βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC) ενώ συγχρόνως προκαλεί μηδαμινή βλάβη στον περιβάλλοντα υγιή ιστό. Η μέθοδος αυτή δεν έχει εγκριθεί από τον Οργανισμό φαρμάκων (FDA) για την αντιμετώπιση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC) και τα ποσοστά ίασης κυμαίνονται από 70-90%. Οι ασθενείς αποκτούν τοπική φωτοευαισθησία, για διάστημα 48 ωρών, μετά την θεραπεία και θα πρέπει να αποφευχθεί η έκθεση στον ήλιο (Robins, 1999).

➤ **ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Ο όγκος καταστρέφεται με ψύξη, με υγρό άζωτο, χωρίς να χρειάζεται να γίνει τομή ή αναισθησία. Η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί κατά την ίδια συνεδρία για να επιβεβαιωθεί η ολική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων. Ο όγκος καλύπτεται από κρούστες που στην συνέχεια αποκολλούνται σε διάστημα μερικών εβδομάδων.

Η κρυοχειρουργική είναι αποτελεσματική στους περισσότερους συνηθείς καρκίνους, ιδιαίτερα στα επιφανειακά βασικοκυτταρικά καρκινώματα (BCC) και είναι θεραπεία εκλογής για ασθενείς με αιμορραγικές διαταραχές ή δυσανεξία στην αναισθησία. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται λιγότερο σήμερα γιατί έχει χαμηλότερα ποσοστά επιτυχίας από τις χειρουργικές τεχνικές, γύρω στο 85-90% και εξαρτάται από την εμπειρία του ιατρού (Robins, 1999).

➤ **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕ LASER**

Αφαιρείται η εξωτερική στοιβάδα του δέρματος και σε ποικίλη ποσότητα βαθύτερου δέρματος με την χρήση laser διοξειδίου του άνθρακα (carbondioxide) ή erbiumY.A.G. Η μέθοδος είναι αναίμακτη και ο ιατρός έχει την δυνατότητα έλεγχου του βάθους του ιστού που αφαιρείται και συχνά χρησιμοποιείται ως δεύτερη εκλογή θεραπείας όταν οι άλλες μέθοδοι έχουν εφαρμοστεί και αποτύχει. Η θεραπεία με Laser, έχει ποσοστά επιτυχίας παρόμοια με αυτά της φωτοδυναμικής (P.D.T)

θεραπείας. Δεν έχει ακόμη εγκριθεί από το FDA για την αντιμετώπιση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC), (Robins, 1999).

➤ **ΤΟΠΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ειδικές τοπικές κρέμες, gels και διαλύματα χρησιμοποιήθηκαν για να περιορίσουν μερικά βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Η ιμοκιμόνη (Imiquimod) είναι εγκεκριμένη από τον Οργανισμό φαρμάκων των Η.ΠΑ (F.D.A) μόνο για τα επιφανειακά βασικοκυτταρικά (BCC) με ποσοστά επιτυχίας γύρω στα 80 -90%. Το 5% της αλοιφής απλώνεται με ελαφρό μασάζ στον όγκο πέντε φορές την εβδομάδα για έξι εβδομάδες ή και περισσότερο. Το πρώτο από τα φάρμακα που ρυθμίζει το ανοσοποιητικό σύστημα με σκοπό το σώμα να παράγει ιντερφερόνη (interferon), ένα χημικό το οποίο επιτίθεται στα καρκινικά κύτταρα. Η 5 - φλουουρακίλη (fluorouracil 5-FU), χημειοθεραπεία είναι εγκεκριμένη από τον Οργανισμό φαρμάκων των Η.ΠΑ (F.D.A), για την αντιμετώπιση των εσωτερικών καρκίνων καθώς και των επιφανειακών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων (BCC). Με παρόμοια ποσοστά ίασης με την ιμοκιμόνη (Imiquimod) Το υγρό ή η αλοιφή απαλά απλώνεται στον όγκο δύο φορές την ημέρα για τρεις με έξι εβδομάδες.

Μελέτες για την θεραπεία πιο επιθετικών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων συνεχίζονται και για την fluorouracil 5-FU και την Imiquimod. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι διάφορες, οι ασθενείς δεν αναφέρουν δυσφορία παρά μόνο ερυθρότητα, ερεθισμό και φλεγμονή μερικές φορές. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εκτός από την Mohs και την χειρουργική αφαίρεση, η απόξεση, διαθερμοπηξία, ραδιοθεραπεία, κρυοθεραπεία και τοπική θεραπεία έχουν κάτι κοινό, χρησιμοποιώντας αυτές δεν υπάρχει τρόπος να καθορίσουμε αν ο όγκος έχει αφαιρεθεί τελείως. (Robins, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΡΟΛΟΣ

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Οι ασθενείς με νεοπλασματικές ασθένειες αποτελούν μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, όπως και για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Η πρόκληση έγκειται στο γεγονός πως αυτοί καλούνται ν' αποδείξουν τη συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου, διότι οι ασθενείς με καρκίνο, αποτελούν μια ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος τις περισσότερες φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά αλλά και τον τρόπο ζωής τους. Σε αυτή την περίπτωση η φροντίδα γίνεται μια διαρκής και δυναμική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, η οποία προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που κάθε φορά γεννά η νόσος και οι θεραπευτικές επιλογές. Το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενή με καρκίνο, ανεξαρτήτως σταδίου και προσαρμόζεται ώστε να καλύπτει τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες. Στόχος είναι ο ασθενής που νοσεί και μετά η νόσος. Οι νοσηλευτές με τις παρεμβάσεις τους μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή με καρκίνο να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στη ζωή του προκειμένου να προσαρμοστεί σε κάθε φάση της ασθένειας (διάγνωση, θεραπεία, επιβίωση, υποτροπή, τελικό στάδιο, το στάδιο της απώλειας και του θρήνου της οικογένειας) και να ανακαλύψει νέες διαστάσεις στην ζωή του μέσα από αυτή την εμπειρία του. Η άρρητη σχέση της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης με την ποιότητα ζωής (ΠΖ), λειτουργεί ως πρόκληση για τους νοσηλευτές-επαγγελματίες υγείας προκειμένου να επιδιώξουν να διατηρήσουν ή και να προάγουν την ποιότητα ζωής στα άτομα με καρκίνο, παρά το μεγάλο εύρος των προβλημάτων τους (LeMone, 2011).

3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.

- 1) Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμά τη λειτουργική κατάσταση υγείας των ασθενών με καρκίνο, καθώς και να παρακολουθεί, να καταγράφει και να αναφέρει οποιοσδήποτε παθολογικές εκδηλώσεις.
- 2) Να ενσωματώνει τις αρχές της βασισμένης σε ενδείξεις έρευνας στο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με καρκίνο.
- 3) Να ιεραρχεί τις νοσηλευτικές διαγνώσεις σύμφωνα με τα δεδομένα που προέκυψαν από την εκτίμηση και να εφαρμόζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της διάγνωσης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των ασθενών με καρκίνο.
- 4) Να χορηγεί με ασφάλεια την φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία του πόνου, της ναυτίας και του εμετού, της βλεννογονίτιδας ή της αναιμίας.
- 5) Χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική διεργασία ως πλαίσιο για την παροχή εξατομικευμένης και διεπιστημονικής φροντίδας στον ασθενή με καρκίνο, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών του.
- 6) Λαμβάνει υπόψη την πολιτισμική ετερογένεια και τις διαφορετικές πεποιθήσεις κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας σε ασθενή με καρκίνο.
- 7) Σχεδιάζει και να παρέχει εξατομικευμένη διδασκαλία με σκοπό την αποκατάσταση, την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας.
- 8) Αναθεωρεί το σχέδιο φροντίδας, σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες, ώστε να παρέχει αποτελεσματικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με καρκίνο και τις οικογένειές τους (LeMone, 2011).

3.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ερωτήσεις κατά τη λήψη ιστορικού:

- Έχει παρουσιάσει ποτέ κάποιο μέλος της οικογένειάς σας καρκίνο του δέρματος;
- Έχει ποτέ χρειαστεί να υποβληθείτε σε χειρουργική αφαίρεση καρκίνου του δέρματος από κάποιο μέρος του σώματός σας;
- Έχετε παρατηρήσει κάποια μεταβολή στο μέγεθος, το σχήμα, ή το χρώμα κάποιου σπύλου κρεατοελιάς, ουλής, ή σε εκ γενετής σημάδια του δέρματος;

- Έχετε σπίλους, κρεατοελιές, εκ γενετής σημάδια ή ουλές που προκαλούν κνησμό, πονούν έχουν παρουσιάσει εφελκίδες ή αιμορραγούν;
- Σε ποιες περιοχές της χώρας ή του εξωτερικού έχετε ζήσει;
- Υπεστήκατε ποτέ σοβαρά ηλιακά εγκαύματα;
- Επισκέπτεσθε solarium;
- Εκτίθεστε σε επικίνδυνα χημικά στη δουλειά σας;
- Έχετε διδαχθεί πώς να εξετάζετε το δέρμα σας; Εάν ναι, πως κάνετε την εξέταση αυτή και με ποια συχνότητα;

Φυσική εξέταση

1. Ζητάμε από τον ασθενή να αφαιρέσει όλα του τα ρούχα και να φορέσει μια ρόμπα, εξασφάλιση καλού φωτισμού. Ο φυσικός φωτισμός είναι καλύτερος για την επισκόπηση των βλαβών. Ο ασθενής μπορεί να κάθεται, να είναι όρθιος η ξαπλωμένος.
2. Επισκόπηση και ψηλάφηση δέρματος. Το τέντωμα του δέρματος κατά την εξέταση διευκολύνει την ανεύρεση οζιδίων και ουλών μέσα στο χόριο. Εξέταση για:
 - α. Εμφανείς βλάβες
 - β. Ορατά οιδήματα
 - γ. Μεταβολές του περιγράμματος και των ορίων των σπύλων
 - δ. Διόγκωση λεμφαδένων
 - ε. Δυσχρωμίες του δέρματος ή των βλεννογόνων.
3. Κατά την εκτίμηση, εξετάζονται κατά σειρά τα εξής:
 - Κεφαλή και τράχηλος: τριχωτό κεφαλής, βλέφαρα, αυτιά, έξω ακουστικοί πόροι, εξωτερική και εσωτερική επιφάνεια της μύτης, στοματική κοιλότητα, δέρμα προσώπου, σιελογόνοι αδένες (παρωτίδες, υπογνάθιοι, υπογλώσσιοι).
 - Θυρεοειδής και τράχηλος, συμπεριλαμβανομένων των λεμφαδένων.
 - Στήθος και κοιλιά, προσέχοντας ιδιαίτερα κάτω από κρεμάμενους μαστούς μέσα σε δερματικές πτυχές που καλύπτονται από τρίχες.
 - Ράχη και γλουτοί, με ιδιαίτερη προσοχή στην περιοχή μεταξύ των γλουτών.
 - Τα άκρα, με ιδιαίτερη προσοχή στις μασχάλες, τις κοίτες των νυχιών, τις μεσοδακτύλιες πτυχές των χεριών και των ποδιών και τα πέλματα των ποδιών.
 - Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα (LeMone, 2011).

3.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ .

Ο αυξανόμενος αριθμός των πασχόντων από καρκίνο του δέρματος απαιτεί τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην πρόληψη, την πρόωμη ανίχνευση , καθώς και την παροχή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διδάξουν τα μέτρα πρόληψης σε κάθε χώρο, όπως για παράδειγμα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην κοινότητα, στο σχολείο και στην κλινική. Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του δέρματος εξαρτάται από την ακολουθούμενη θεραπεία. Η χειρουργική εκτομή είναι η συνηθέστερη μορφή αντιμετώπισης και η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από την έκταση της επέμβασης . Ωστόσο, ανεξάρτητα, από τον τύπο της θεραπείας , ο ασθενής έχει υποστεί λύση της συνέχειας του δέρματος, γεγονός που εμπεριέχει αυξημένο κίνδυνο για λοίμωξη, καθώς και αγωνία για το μέλλον του μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να εξετάζει το δέρμα ενός μεγάλου αριθμού ασθενών στα πλαίσια παροχής φροντίδας για μια σειρά προβλημάτων υγείας και μπορεί να είναι το πρώτο άτομο που θα δαπιστώσει την ύπαρξη ύποπτων βλαβών. Η ανάγκη για ευρεία εκτομή και ο υψηλός κίνδυνος μεταστάσεων του κακοήθους μελανώματος, συνήθως απαιτούν ενδονοσοκομειακή χειρουργική αντιμετώπιση με τον νοσηλευτή να παρέχει φροντίδα και εκπαίδευση (LeMone, 2011).

3.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ

Οι καρκίνοι όχι μόνο καταστρέφουν τις στιβάδες του δέρματος, αλλά και διηθούν τις δομές του σώματος. Μερικοί τύποι όγκων μπορεί να έχουν ήδη εξελκωθεί πριν από τη διάγνωση και η θεραπεία τους συνήθως περιλαμβάνει κάποιο είδος χειρουργικής βιοψίας και εκτομής. Κάθε ανοιχτή δερματική βλάβη ή τομή αυξάνει τον κίνδυνο δευτεροπαθών λοιμώξεων:

- Παρακολούθηση για τυχόν εκδηλώσεις λοίμωξης: πυρετός, ταχυκαρδία, κακουχία, ερυθρότητα, οίδημα, πόνος, ή εκροή υγρού αυξημένης ποσότητας ή πυώδους σύστασης.

- Διατήρηση της χειρουργικής τομής καθαρής και στεγνής, αλλάζοντας την επίδεση ανάλογα με τις ανάγκες.
- Ακολουθείται η αρχή της ασηψίας. Ενημέρωση οικογενειακού περιβάλλοντος για πλύσιμο χεριών κατά της επίσκεψη του ασθενή.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να λαμβάνει επαρκή τροφή σε θερμίδες και πρωτεΐνες. Παραπομπή σε κάποιο διαιτολόγο εάν αρνείται να φάει. Η επαρκής πρόσληψη θερμίδων και πρωτεϊνών είναι απαραίτητη για την φυσιολογική επούλωση.
- Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να παρέχουν ένα περιβάλλον που βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα αισθήματα, τις ανησυχίες και τους στόχους του: με την χρήση της ενεργητικής ακρόασης, τον σεβασμό των αισθημάτων απάθειας ή οργής των ασθενών , κατανόηση των φόβων του ασθενή, διερεύνηση των αντιλήψεων του ασθενή και παροχή πληροφόρησης για τυχόν παρερμηνείες (Green, 2011).

3.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι της επικοινωνίας με τον άρρωστο και στην οποία μπορεί αν στηριχτεί η εκπαίδευση του ασθενούς για την αντιμετώπιση της νόσου. Παρόλο που η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού, ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που πρέπει αν φτάσει για την άμεση θεραπευτική προσέγγισή του εάν αυτή είναι εφικτή. Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους,. Οι νοσηλευτές λοιπόν μέσω του ρόλου του θα δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες. Θα πρέπει λοιπόν να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του ασθενούς, να σχεδιάζουν τη διδασκαλία και να κάνουν εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και του πόνου.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται η δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία ενός κλίματος ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει τη μάχη του με τον καρκίνο. Κατά την εισαγωγή του ασθενούς

στο νοσοκομείο απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για την διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια, η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά (Παπαγεωργίου, 2005).

3.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν την διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής του υγείας. Το πιο δύσκολο για έναν καρκινοπαθή είναι η διατήρηση των ισορροπιών στην ζωή του όπως και η αποδοχή των νέων συνθηκών. Το πρώτο εξαρτάται από το δεύτερο καθώς η αποδοχή της κατάστασης θα ισορροπήσει την ζωή του. Η αποδοχή αυτή είναι δύσκολο αν επιτευχθεί και για να γίνει πρέπει ο ίδιος ο καρκινοπαθής να περάσει κάποια στάδια. Η ολοκληρωτική αποδοχή της ύπαρξης του καρκίνου πιθανών και να μην επιτευχθεί αλλά βήματα προς αυτής μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής του καθώς μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του μέλλοντος το φόβο του θανάτου και την συναισθηματική παραίτηση.

Η ψυχολογική υποστήριξη ενός καρκινοπαθή από έναν ειδικό είναι σημαντική όχι γιατί ο ίδιος έχει χάσει εξαιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη αλλά επειδή αυτό που αντιμετωπίζει είναι μια σοβαρή και απρόσμενη αλλαγή και τον κατακλύζουν πολύ έντονα συναισθήματα στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας, όπως η θλίψη, η σύγχυση, η οργή, ο πόνος και το άγχος.

Παράλληλα με τον ασθενή και η οικογένεια, πλήττεται από την είδηση ότι κάποιο αγαπημένο οικογενειακό πρόσωπο πάσχει από καρκίνο, κυρίως, σε συναισθηματικό αλλά και σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη και στους συγγενείς για να μπορέσουν να εκτονώσουν την ένταση, τις σκέψεις και τα συναισθήματα που κρατούσαν μέσα τους από φόβο ή ενοχές (Παπαγεωργίου, 2005).

3.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Ως αποκατάσταση ορίζεται η επιστροφή του ατόμου στο βέλτιστο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας, αναφορικά με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ίδιου και της οικογένειάς του και σε συνύπαρξη με τα όρια που θέτει η νόσος και η θεραπεία της. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας ασθενών με καρκίνο του δέρματος, η αποκατάσταση σχετίζεται με την υιοθέτηση των μέτρων ελαχιστοποίησης των οργανικών επιδράσεων του καρκίνου και της θεραπείας, με την παροχή βοήθειας των ατόμων να προσαρμοστούν στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια και να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα ενώ παράλληλα θέτουν προσωπικούς στόχους για την μέγιστη οργανική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα. Η αποκατάσταση στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία επικεντρώνεται στη προσαρμογή και την αναπροσαρμογή στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια. Η επικέντρωση στην προσαρμογή απομακρύνει την πιθανότητα παρανοήσεων και μη ρεαλιστικών προσδοκιών επιστροφής στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας (Ιορδάνου, 2001).

Ο Dietz περιγράφει τέσσερις φάσεις αποκατάστασης, σχετιζόμενες με τα διαφορετικά στάδια της πορείας του καρκίνου. Βασιζόμενος στις ιδέες του Dietz ο Wells αναγνωρίζει δύο καταστάσεις στις οποίες είναι σημαντική η αποκατάσταση. Στην πρώτη υπάρχει καλό προσδόκιμο επιβίωσης μετά την θεραπεία και δεν υπάρχει υπολειμματική παραμόρφωση ή αναπηρία. Στην περίπτωση αυτή, οι ανάγκες πιθανά να μην είναι οργανικές, αλλά απαιτείται συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενούς και ενδεχομένως είναι πολύτιμες οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας. Η δεύτερη κατάσταση είναι όταν υπάρχει επίσης καλό προσδόκιμο ζωής, αλλά η θεραπεία του καρκίνου έχει αφήσει σωματική ή ψυχολογική αναπηρία ή παραμόρφωση. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται οργανική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση για την επαναφορά κάποιων νοσημάτων ύπαρξης και την επανένωση των ατόμων με εκείνα τα πράγματα που έδιναν αξία στην ζωή τους πριν ασθενήσουν (Ιορδάνου, 2001).

Η εκπαίδευση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό τους προετοιμάζει για τις επιπτώσεις των παρεμβάσεων που θα ακολουθήσουν μέσω των κύκλων χορήγησης οποιονδήποτε θεραπειών. Στη συνέχεια η ενθάρρυνση για την αυτοχορήγηση της φαρμακευτικής τους αγωγής και της συμμετοχής στην αναγνώριση των αναγκών μετά από την έξοδο από το νοσοκομείο θα αυξήσει την εμπιστοσύνη προς τον εαυτό τους.

Το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει καθοριστικά στην ψυχική τους ηρεμία, επομένως ο νοσηλευτής οφείλει να τους προετοιμάσει και να τους εκπαιδεύσει τόσο για τις νέες συνθήκες όσο και για την βοήθεια του ίδιου του ασθενή στη θεραπευτική του αποκατάσταση. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προτείνουν τη συμμετοχή των ασθενών σε ομάδες αυτοβοήθειας. Με αυτό τον τρόπο τα άτομα με καρκίνο μπορούν να μοιραστούν εμπειρίες και προβληματισμούς με άλλα άτομα που έχουν την ίδια ασθένεια. Επειδή όμως κάθε περίπτωση ασθενούς είναι διαφορετική και οι ανάγκες του αλλάζουν ανάλογα με τον χαρακτήρα ορισμένοι ασθενείς δεν μπορούν να διαχειριστούν το άγχος που τους καταβάλλει. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής τους ενθαρρύνει στην παρακολούθηση σεμιναρίων διαχείρισης του άγχους (Ιορδάνου, 2001).

Συχνά, διαμέσου αυτών των μεθόδων, υπάρχει πιθανότητα επανάκτησης συναισθημάτων, αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Η επιτυχής έκβαση μιας προσέγγισης φροντίδας αποκατάστασης είναι η θετική προσαρμογή στις αλλαγές που προκύπτουν από την νόσο ή από την θεραπεία. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ρόλο κλειδί στην αποκατάσταση. Η φροντίδα των ασθενών που πραγματοποιείται από το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να αποσκοπεί στην αύξηση του αισθήματος ελέγχου, διαμέσου της πληροφόρησης, της προσφοράς επιλογών ή της δυνατότητας συζήτησης εναλλακτικών επιλογών φροντίδας ή θεραπείας όποτε κρίνεται απαραίτητο (Παπαγεωργίου, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας βρίσκονται σύγχρονα άρθρα με νέα δεδομένα που αναφέρονται στην εξέλιξη αλλά και στη θεραπεία της νόσου. Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και GoogleScholar, HealLink και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης είναι επιλεγμένο από βιβλία και άρθρα του ΤΕΙ ΗΠΕΡΟΥ. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Οι πηγές προήλθαν από έγκυρα έντυπα, ιστοσελίδες των επαγγελματικών και των ομοσπονδιακών οργανισμών.

ΑΡΘΡΟ 1

European Dermatology Forum Guidelines on topical photodynamic therapy.

Morton, et al., 2015. European Dermatology Forum Guidelines on topical photodynamic therapy. *European Journal of Dermatology*. p. 296-311.

Abstract

Topical photodynamic therapy (PDT) is a widely approved therapy for actinic keratosis, squamous cell carcinoma in-situ, superficial and certain thin basal cell carcinomas. Recurrence rates are typically equivalent to existing therapies, although inferior to surgery for nodular basal cell carcinoma. PDT can be used both as a lesion and as a field therapy and has the potential to delay/reduce the development of new lesions. PDT has also been studied for its place in the treatment of, as well as its potential to prevent, superficial skin cancers in immune-suppressed patients, although sustained clearance rates are lower than for immunocompetent individuals. Many additional indications have been evaluated, including photo-rejuvenation and inflammatory and infective dermatoses. This S2 guideline considers all current and emerging indications for the use of topical photodynamic therapy in Dermatology,

prepared by the PDT subgroup of the European Dermatology Forum guidelines committee. It presents consensual expert recommendations reflecting current published evidence (Morton et al., 2015).

Μετάφραση

Τοπική φωτοδυναμική θεραπεία (PDT) είναι μια ευρέως αποδεκτή θεραπεία για ακτινικές κερατώσεις, καρκίνωμα πλακώδους κυττάρου in-situ, επιφανειακή και ορισμένες λεπτές καρκινώματα βασικών κυττάρων. Επανεμφάνιση ποσοστά είναι συνήθως ισοδύναμο με τις υπάρχουσες θεραπείες, αν και κατώτερη σε χειρουργική επέμβαση για το οζώδη βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Η PDT μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως αλλοιωμένο ή ως θεραπεία πεδίου και έχει τη δυνατότητα να καθυστερήσει / μειώσει την ανάπτυξη νέων βλαβών. Η PDT έχει επίσης μελετηθεί για τη θέση του στη θεραπεία της, καθώς και των δυνατοτήτων της για την πρόληψη, του επιφανειακού καρκίνου του δέρματος σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, αν και τα ποσοστά παρατεταμένης κάθαρσης είναι χαμηλότερα από ό, τι για τα άτομα με φυσιολογικό ανοσοποιητικό σύστημα. Πολλές πρόσθετες ενδείξεις έχουν αξιολογηθεί, συμπεριλαμβανομένης της φωτο-αναζωογόνησης, των φλεγμονωδών, και μολυσματικών δερματοπαθειών. Αυτή η κατευθυντήρια γραμμή S2 θεωρεί όλες τις τρέχουσες και τις αναδυόμενες ενδείξεις για τη χρήση της τοπικής φωτοδυναμικής θεραπείας στη Δερματολογία, που παρασκευάζεται από την υποομάδα PDT της επιτροπής κατευθυντήριες γραμμές της Ευρωπαϊκής Δερματολογικής Φόρουμ. Παρουσιάζει συναινετικά συστάσεις των εμπειρογνομόνων που αντανακλούν στα τρέχοντα δημοσιευμένα στοιχεία .

APOPO 2

New Perspectives in the Pharmacological Treatment of Non-Melanoma Skin Cancer.

Savoia, P., Creamona O., Fava, P., 2015. New Perspectives in the Pharmacological Treatment of Non-Melanoma Skin Cancer. p. 353-74.

Abstract

Non-melanoma skin cancers are the most common malignancy in humans, with a basal/squamous cell carcinoma incidence ratio of 4:1 in immunocompetent patients. Basal cell carcinoma rarely metastasizes but commonly causes significant local tissue destruction and disfigurement, whereas squamous cell carcinoma is associated with a substantial risk of recurrence and metastasis; the prognosis in metastatic patients is poor. Surgical approaches give a cure rate greater than 90% if appropriately applied, on the basis of the characteristics of the primary tumors and of the patients, but in selected cases, medical treatment (5-fluorouracil, imiquimod, diclofenac and, more recently, ingenol mebutate) is preferable to invasive procedures and provides a good chance of cure, with generally excellent cosmetic outcomes. In case of advanced and metastatic non-melanoma skin cancer, newly developed molecularly targeted therapy represents a reasonably promising alternative to classical cytostatics. In particular, the monoclonal antibody cetuximab, directed against the epidermal growth factor receptor, is effective and well-tolerated in squamous cell carcinoma patients. Moreover, the recent identification of mutations in the Hedgehog signaling pathway in basal cell carcinoma lead to the development of the smoothed Hedgehog pathway inhibitor vismodegib, that was recently approved for the treatment of locally advanced or metastatic basal cell carcinoma. In this review we provide an overview of the molecular pathways involved in NMSC pathogenesis, focusing on the mechanisms of action, indications, efficacy, side effects and contraindications of new medical treatments that specifically tackle molecular targets of these pathways (Sevoia et al., 2016).

Μετάφραση

Το Μη-μελάνωμα καρκίνος του δέρματος είναι η πιο κοινή κακοήθεια στους ανθρώπους, με πλακώδες αναλογία των βασικών / καρκίνωμα συχνότητα εμφάνισης 4: 1 σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Το Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα σπάνια κάνει μετάσταση, αλλά συνήθως προκαλεί σημαντική τοπική καταστροφή των ιστών και παραμόρφωση, ενώ το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων σχετίζεται με ένα ουσιαστικό κίνδυνο υποτροπής και μετάστασης, η πρόγνωση σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι κακή. Χειρουργικές προσεγγίσεις δίνουν ένα ποσοστό ίασης μεγαλύτερο από 90% αν εφαρμοστεί σωστά, με βάση τα χαρακτηριστικά των πρωτογενών όγκων και των ασθενών, αλλά σε επιλεγμένες περιπτώσεις, η ιατρική θεραπεία (5-φθοριουρακίλη, imiquimod, δικλοφενάκη και, πιο πρόσφατα, ingenol mebutate) είναι προτιμότερο στις επεμβατικές διαδικασίες και παρέχει μια καλή ευκαιρία για τη θεραπεία, με γενικά εξαιρετικά καλλυντικά αποτελέσματα. Στην περίπτωση των προηγμένων και μεταστατικό μη-μελάνωμα καρκίνος του δέρματος, που αναπτύχθηκαν πρόσφατα μοριακά στοχευόμενη θεραπεία αντιπροσωπεύει μία αρκετά υποσχόμενη εναλλακτική λύση για την κλασική κυτταροστατική. Ειδικότερα, το μονοκλωνικό αντίσωμα cetuximab, που κατευθύνεται εναντίον του υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα, είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή σε ασθενείς πλακώδες καρκίνωμα. Επιπλέον, η πρόσφατη ταυτοποίηση μεταλλάξεων στο Hedgehog διαδικασία στο βασικό καρκίνωμα στην ανάπτυξη της smoothed vismodegib αναστολέα οδού Hedgehog, ότι πρόσφατα έχει εγκριθεί για τη θεραπεία του τοπικά προχωρημένου ή μεταστατικού καρκινώματος βασικών κυττάρων. Στην ανασκόπηση αυτή θα παρέχει μια επισκόπηση των μοριακών οδών που εμπλέκονται στην παθογένεια NMSC, με έμφαση στους μηχανισμούς δράσης, ενδείξεις, την αποτελεσματικότητα, τις παρενέργειες και τις αντενδείξεις των νέων ιατρικών θεραπειών που αντιμετωπίζουν ειδικά μοριακούς στόχους αυτών των οδών.

ΑΡΘΡΟ 3

Advances in skin cancer early detection and diagnosis.

Loecher, L., Janda, M., Soyer, H., Shea, K., 2013, Advances in skin cancer early detection and diagnosis. *The University of Arizona College of Nursing and Mel and Enid Zuckerman College of Public Health*. p. 134-56.

Abstract

Cancer is the second cause of death worldwide and radiotherapy is one of the ways of treating cancer. An estimated 50% -60% of cancer patients will undergo radiation therapy at some time during their treatment.

Article conclusion: Nurses should be familiar with the technologies used in radiotherapy, in order to be able to educate their patients, but also to provide quality nursing care. They should also cooperate with other multidisciplinary team members and perform nursing practice based on evidence.

Results: The review of the literature shows that the role of the nurse is multidimensional and focus on assessing the patient's condition and family support and counseling, in patient care and research. Patient care is primarily aimed at implementing appropriate nursing interventions, which will relieve the patient of the side effects of radiotherapy (Loecher et al., 2013).

Μετάφραση

Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και η ακτινοθεραπεία αποτελεί έναν από τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό 50%-60 % των ασθενών με καρκίνο θα υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

Κατακλείδα άρθρου: Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται σε ακτινοθεραπεία, ώστε να είναι σε θέση να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους, αλλά και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης θα

πρέπει να συνεργάζονται με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και να πραγματοποιούν νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασής του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στην φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα. Η φροντίδα του ασθενούς στοχεύει κυρίως στην εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα ανακουφίσουν τον ασθενή από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας.

ΑΡΘΡΟ 4

Explaining the role of the nurse in clinical trials. Skin Therapy Research.

Green, L., 2011, Explaining the role of the nurse in clinical trials. *Skin Therapy Research Unit, St John's Institute of Dermatology*, p. 234-45.

Abstract

Objectives: To verify the types, and treatment for, non-melanoma skin cancers (NMSC): basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC), and less common NMSC.

Data sources: standards of care, dermatology texts, peer-reviewed journals.

Conclusion: The BCC grows slowly and rarely metastasize, some subtypes of BCC can be aggressive and destructive. Early treatment of SCC is usually successful, SCC without treatment will penetrate the underlying tissue, will invade the lymph nodes, and metastasize. Treatment options for NMSC based to the patient and tumor characteristics, which determine whether a lesion is low or high risk for cancer recurrence after treatment:

Implications for nursing practice: Nurses are an integral part of patient information measures to prevent new skin cancers and to monitor for recurrence of (Green, 2011).

Μετάφραση

Στόχοι: Να ελεγχθούν οι τύποι, και η θεραπεία για, τους μη-μελανωματικούς καρκίνους του δέρματος(NMSC): βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC), πλακώδες καρκίνωμα (SCC), και λιγότερο συνηθισμένο NMSC.

Πηγές δεδομένων: πρότυπα φροντίδας, κείμενα της δερματολογίας, έγκριτα περιοδικά.

Συμπέρασμα: Το BCC μεγαλώνει αργά και σπάνια κάνει μετάσταση, ορισμένοι υπότυποι BCC μπορούν να είναι επιθετικοί και καταστροφικοί. Η έγκαιρη θεραπεία του SCC είναι συνήθως επιτυχής, χωρίς θεραπεία SCC θα διεισδύσει στον υποκείμενο ιστό, θα εισβάλλει στους λεμφαδένες, και θα κάνει μετάσταση. Οι επιλογές θεραπείας για NMSC βασίζονται σε στους ασθενούς και του όγκου τα χαρακτηριστικά, που προσδιορίζουν αν μια βλάβη είναι σε χαμηλό ή υψηλό κίνδυνο για υποτροπή του καρκίνου μετά τη θεραπεία.

Συνέπειες για τη νοσηλευτική πράξη: Οι νοσηλευτές είναι αναπόσπαστο κομμάτι για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα μέτρα για την πρόληψη νέων καρκίνων του δέρματος και για την παρακολούθηση για επανεμφάνισή του.

ΑΡΘΡΟ 5

A review of skin and the effects of aging on skin structure and function.

Fore, J., 2006. A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Tri-State Wound Care and Hyperbaric Center*, p. 36-37.

Abstract

As the most visible and vulnerable organ of the human body, the skin is anatomically and functionally affected by aging. Maintaining skin integrity begins with the

understanding of skin anatomy, physiology and function and recognition of conditions and aspects of care that may affect the structure and function. Research shows that proper cleaning and skin protection procedures, as well as dietary and environmental interventions can help reduce some of the effects of aging and have positive psychological and health effects. Optimization skin health in the elderly will help maintain the integrity and, therefore, should be the first step in each wound prevention program (Fore, 2013).

Μετάφραση

Ως το πιο ορατό και ευάλωτα όργανο του ανθρώπινου σώματος, το δέρμα ανατομικά και λειτουργικά επηρεάζονται από τη γήρανση. Η διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος ξεκινά με την κατανόηση της ανατομίας του δέρματος, τη φυσιολογία και τη λειτουργία και την αναγνώριση των συνθηκών, καθώς και τις πτυχές της φροντίδας που μπορεί να επηρεάσουν δομή και λειτουργία. Η έρευνα δείχνει ότι οι κατάλληλες διαδικασίες καθαρισμού και προστασία του δέρματος, καθώς και διατροφικές και περιβαλλοντικές παρεμβάσεις, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ορισμένων από τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού και να έχουν θετική ψυχολογική και την υγεία αποτελέσματα. Βελτιστοποίηση της υγείας του δέρματος στους ηλικιωμένους θα βοηθήσει στη διατήρηση της ακεραιότητας του και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να είναι το πρώτο βήμα σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης του τραύματος

ΑΡΘΡΟ 6

Histopathology of Intraepidermal squamous carcinoma.

Kennedy, C.et al., 2015, The Influence of Painful Sunburns and Lifetime Sun Exposure on the Risk of Actinic Keratoses, Seborrhic Warts, Melanocytic Nevi, Atypical Nevi, and Skin Cancer. *Journal of Investigate Dermatology*. p. 1087-1093.

Abstract

Actinic keratosis (AK) is multiplication of transformed, neoplastic keratinocytes is restricted to the skin caused by exposure to ultraviolet (UV) radiation in sunlight. They are extremely widespread and affects more middle-aged to elderly Caucasian subjects with a history of significant sun exposure. These lesions are now called AK while still confined to the skin, but when extending deeper include papillary and / or dermis reticular, are called squamous cell carcinoma (SCC). The term AK was developed based on the clinical appearance and texture of these lesions without regard histopathology or pathoviology Method. I study was based on a current and historical overview of vivliografy. Results: AK and SCC represent the same disease process in different stages of evolution. Neoplastic transformation occurs in keratinocytes exposed to UV radiation manifest mainly as mutations in the p53 gene. Over time, these cells proliferate in the skin and ultimately extend into the dermis and here can happen metastatic spread. Cytological atypical is visible in the early stages and is identical to that observed in SCC present in the dermis or metastatic lesions. This sequence of events is directly proportional to that of evolving carcinoma of the cervix has been called cervical intraepithelial neoplastic (Kennedy, 2015).

Μετάφραση

Οι ακτινικές κερατώσεις (AK) είναι πολλαπλασιασμοί των μετασχηματισμένων, νεοπλασματικών κερατινοκυττάρων που περιορίζονται στην επιδερμίδα που προκαλείται από την έκθεση σε υπεριώδη (UV) ακτινοβολία στο φως του ήλιου. Είναι εξαιρετικά διαδεδομένες και εμφανίζονται σε περισσότερους μεσήλικες, στους ηλικιωμένους του Καυκάσου, άτομα με ιστορικό σημαντικής έκθεσης στον ήλιο. Αυτές οι βλάβες ονομάζονται AK ενώ παραμένουν και περιορίζονται στην επιδερμίδα, αλλά όταν εκτείνονται βαθύτερα περιλαμβάνουν τη θηλώδη ή και χόριο δικτυωτό, αυτά ονομάζονται καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων (SCC). Ο όρος AK αναπτύχθηκε με βάση την κλινική εμφάνιση και την υφή αυτών των βλαβών χωρίς να λαμβάνονται υπόψη η ιστοπαθολογία ή η παθοβιολογία.

Μέθοδος. Η μελέτη βασίστηκε σε μια τρέχουσα και ιστορική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Αποτελέσματα: AK και SCC αντιπροσωπεύουν την ίδια διαδικασία της νόσου σε διάφορα στάδια της εξέλιξης. Νεοπλασματικό μετασχηματισμό εμφανίζεται σε κερατινοκύτταρα εκτίθεται σε υπεριώδη ακτινοβολία προφανή κυρίως

ως μεταλλάξεις στο γονίδιο p53. Με τον καιρό, αυτά τα κύτταρα πολλαπλασιάζονται στην επιδερμίδα και τελικά εκτείνονται εντός του χορίου και στο σημείο αυτό μπορεί να συμβεί μεταστατική εξάπλωση. Κυτταρολογική ατυπία είναι ορατή σε πρώιμα στάδια και είναι ταυτόσημη με εκείνη που παρατηρείται σε SCC που υπάρχει στο χόριο ή σε μεταστατικές αλλοιώσεις. Αυτή η αλληλουχία των γεγονότων είναι άμεσα ανάλογη με εκείνη των εξελισσόμενων καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας που έχει ονομαστεί τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

ΑΠΟΡΟ 7

Characteristics and outcomes of non melanoma skin cancer (NMSC) in children and young adults.

Khosavri H., Schmidt, B., & Huang J., 2015. Characteristics and outcomes of non melanoma skin cancer (NMSC) in children and young adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*. p. 785-90

Abstract

Background: Pediatric and young adult non melanoma skin cancer (NMSC) is rare and traditionally associated with predisposing heritable or congenital conditions. Clinical characteristics, outcomes, and iatrogenic risk factors have not been well described. **Objectives:** We sought to characterize clinical features, potential risk factors, and gaps in care associated with NMSC in children and young adults. **Methods:** This was a retrospective chart review of children and young adults with squamous and basal cell carcinoma.

Results: We identified 28 patients with a total of 182 NMSC tumors. Of patients, 50% had predisposing conditions, and 46% had exposure to iatrogenic risk factors of prolonged immunosuppressant, radiation therapy, chemotherapy, voriconazole use, or

a combination of these. Of patients with iatrogenic risk factors, 62% developed subsequent cancerous or precancerous skin lesions. No patient was found to have chemotherapy or voriconazole exposure as a sole risk factor. Mean time to diagnosis of NMSC was 948 days with initial misdiagnosis in 36% of patients. The majority of patients underwent surgical excision.

Limitations: This was a retrospective single institution study with a small number of cases. **CONCLUSIONS:** Physicians should be aware of risk factors associated with NMSC in children and young adults to provide appropriate counseling *early* diagnosis and treatment (Khosravi, 2015).

Μετάφραση

Παιδιά και νέοι ενήλικες με μελανωματικό καρκίνο του δέρματος (NMSC) είναι σπάνιο και παραδοσιακά συνδέεται με προδιαθεσικές κληρονομικές ή εκ γενετής συνθήκες. Κλινικά χαρακτηριστικά, αποτελέσματα, και ιατρογενείς παράγοντες κινδύνου δεν έχουν περιγραφεί καλά.

Στόχοι: Επιδιώξαμε να χαρακτηριστούν κλινικά πιθανοί παράγοντες κινδύνου, και τα κενά στη φροντίδα που σχετίζεται με NMSC σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

Μέθοδοι: Αυτή ήταν μια αναδρομική ανασκόπηση διαγραμμάτων των παιδιών και των νεαρών ενηλίκων με πλακώδες και βασικοκυτταρικό καρκίνωμα.

Αποτελέσματα: Εντοπίσαμε 28 ασθενείς με συνολικά 182 όγκους NMSC. Από τους ασθενείς, το 50% είχε προδιαθεσικές συνθήκες, και 46% είχαν έκθεση σε ιατρογενή παράγοντες κινδύνου με παρατεταμένη ανοσοκαταστολή, θεραπεία ακτινοβολίας, χημειοθεραπεία, χρήση βορικοναζόλης, ή έναν συνδυασμό αυτών. Από τους ασθενείς με ιατρογενή παράγοντες κινδύνου, 62% ανέπτυξαν μετέπειτα καρκινικές ή προκαρκινικές αλλοιώσεις του δέρματος. Κανένας ασθενής δε βρέθηκε να έχει χημειοθεραπεία ή η βορικοναζόλης έκθεσης ως μοναδικός παράγοντας κινδύνου. Μέσος χρόνος για την διάγνωση της NMSC ήταν 948 ημέρες, με αρχική λανθασμένη διάγνωση σε 36% των ασθενών. Η πλειοψηφία των ασθενών υποβλήθηκαν σε χειρουργική εκτομή.

Περιορισμοί: Αυτή ήταν μια αναδρομική μελέτη ενιαίου κέντρου με έναν μικρό αριθμό περιπτώσεων.

Συμπεράσματα: Οι γιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με NMSC σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες να παρέχουν κατάλληλες συμβουλές και την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

ΑΡΘΡΟ 8

Γνώσεις στάσεις και συμπεριφορές φοιτητών αισθητικής σχετικά με την ηλιακή ενέργεια και τον καρκίνο του δέρματος.

Σπύρου, Ε., 2009, Γνώσεις στάσεις και συμπεριφορές φοιτητών αισθητικής σχετικά με την ηλιακή ενέργεια και τον καρκίνο του δέρματος. *Μεταπτυχιακή εργασία*, 2009. σελ. 56-7.

Σκοπός: Η καταγραφή και η μελέτη της γνώσης, της στάσης και της συμπεριφοράς των φοιτητών Αισθητικής, σχετικά με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, τις επιδράσεις που αυτή έχει στην υγεία αλλά και το συσχετισμό της με τους δερματικούς καρκίνους.

Υλικό-μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 200 φοιτητές και σπουδαστές αισθητικής από το ΤΕΙ της Αθήνας και από ΙΕΚ της Αθήνας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σταθμίστηκε αρχικά πιλοτικά ενώ τηρήθηκε και η ανωνυμία των ερωτώμενων. Αποτελείται από 26 ερωτήσεις που μελετούν την συμπεριφορά που υιοθετούν οι φοιτητές κάτω από τον ήλιο, τις αντηλιακές μεθόδους προστασίας που χρησιμοποιούν και τις γνώσεις που έχουν σχετικά με την επίδραση και τις συνέπειες της υπεριώδους ακτινοβολίας στο δέρμα. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο ανάλυσης SPSS 17.0.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά γνώσης σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες της υπεριώδους ακτινοβολίας στο δέρμα αλλά και σχετικά με τα είδη των δερματικών καρκίνων. Το ποσοστό της χρήσης του αντηλιακού ωστόσο είναι χαμηλό και ακόμα χαμηλότερο, σε απογοητευτικό σημείο, είναι το ποσοστό χρήσης των υπόλοιπων αντηλιακών μεθόδων προστασίας. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος φαίνεται να υιοθετεί μια επικίνδυνη συμπεριφορά κάτω από τον ήλιο, κυρίως γιατί η μόδα επιβάλλει ένα μαυρισμένο σώμα.

Συμπεράσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος εμφανίζει ορθή γνώση σε θέματα που αφορούν την ηλιακή ακτινοβολία και τον καρκίνο του δέρματος. Ωστόσο, αγνοεί αυτές τις γνώσεις επιλέγοντας την πολύωρη παραμονή κάτω από τον ήλιο, με ελλιπή αντηλιακή προστασία και σε ώρες που ο ήλιος είναι πιο επικίνδυνος. Ενθαρρυντικό είναι όμως, ότι μετά από τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, φαίνεται να προσέχουν παραπάνω και να υφίστανται λιγότερα εγκαύματα, τα οποία αποτελούν και τον πιο επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση κάποιου είδους δερματικού καρκίνου. (Σπύρου, 2009).

ΑΡΘΡΟ 9

Φωτοπροστασία.

Στρατηγός, Α.Ι., Αντωνίου, Χ.Α., 2003, Φωτοπροστασία. *Ιατρική*. σελ. 41-57.

Η φωτοπροστασία ορίζεται ως το σύνολο των μεθόδων που αποσκοπούν στην προστασία του δέρματος από τις ανεπιθύμητες βιολογικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας, με κυριότερες τον καρκίνο του δέρματος και τη φωτογήρανση. Τα τελευταία χρόνια, η σημασία της φωτοπροστασίας έχει αυξηθεί λόγω της αυξανόμενης συχνότητας του καρκίνου του δέρματος και ιδιαίτερα του κακοήθους μελανώματος, σε συνδυασμό με την γενικότερη αύξηση της έκθεσης του πληθυσμού στην ηλιακή ακτινοβολία, τις μεταβολές των κλιματολογικών συνθηκών και τη μείωση του ατμοσφαιρικού όζοντος. Οι βασικές μέθοδοι φωτοπροστασίας στηρίζονται στην αποφυγή του ήλιου, στη χρήση προστατευτικού ρουχισμού, και κυρίως στην τοπική χρήση αντηλιακών σκευασμάτων τα οποία απορροφούν, σκεδάζουν ή ανακλούν την υπεριώδη ακτινοβολία και εμποδίζουν τη διείσδυσή της στις στοιβάδες του δέρματος. Τα σύγχρονα αντηλιακά χαρακτηρίζονται από υψηλούς δείκτες προστασίας και από ένα ευρύ φάσμα προστασίας που καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του υπεριώδους φάσματος (UVA και UVB ακτινοβολία). Τα χαρακτηριστικά αυτά ανταποκρίνονται στον αυξημένο ρόλο των αντηλιακών ο οποίος δεν περιορίζεται μόνο στην πρόληψη του ηλιακού ερυθθήματος αλλά στοχεύει πλέον και στην πρόληψη των χρονιότερων επιπτώσεων της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η συστηματική χρήση αντιηλιακών μειώνει την συχνότητα των ακτινικών υπερκερατώσεων και του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του δέρματος στον άνθρωπο, επιβεβαιώνοντας έτσι τις αντίστοιχες πειραματικές ενδείξεις (Στρατηγός & Αντωνίου, 2003).

ΑΡΘΡΟ 10

Νεότερα δεδομένα για το ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.

Λαβδανίτη & Ζυγά., 2015, Νέες προοπτικές στο ρόλο νοσηλευτικής σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, *Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*. Σελ.78-85.

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως και η ακτινοθεραπεία αποτελεί έναν από τους τρόπους θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 50-60% των ασθενών με καρκίνο θα υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους. Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή του ρόλου του νοσηλευτή που εργάζεται με ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών άρθρων στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus αλλά και αναζήτηση άρθρων από τους διεθνείς επαγγελματικούς νοσηλευτικούς οργανισμούς.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στην εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας, στην υποστήριξη και συμβουλευτική, στη φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην έρευνα. Η φροντίδα του ασθενούς στοχεύει κυρίως στην εφαρμογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων,

οι οποίες θα ανακουφίσουν τον ασθενή από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι γνώστες των τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στην ακτινοθεραπεία, ώστε να είναι σε θέση να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους, αλλά και να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης θα πρέπει να συνεργάζονται με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και να πραγματοποιούν νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις (Λαβδανίτη και Ζυγά, 2016).

Συμπεράσματα

Ο άνθρωπος που σέβεται τον εαυτό του αλλά και το σώμα του φροντίζει να τον προσέχει. Ο καρκίνος του δέρματος δεν θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα του ανθρώπου κι άλλοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν τον καρκίνο. Αναμφισβήτητα, ο συγκεκριμένος καρκίνος επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την ψυχολογία του ασθενή γιατί πέρα από το γεγονός ότι δυσκολεύει την ποιότητα ζωής του αλλά είναι και ένας καρκίνος που προσβάλλει σε σημαντικό βαθμό την εξωτερική εμφάνιση κι αυτό κατά συνέπεια να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. Γι αυτό και ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος παίζουν καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στην ψυχολογία του ασθενή αλλά και μετέπειτα στην θετική εξέλιξη της ασθένειας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Benedetto, AV., et al, 2015, Basal cell carcinoma presenting as a large pore. *Journal Am Academy Dermatology*, 317(24).
- Berberian, BJ., et al, 2014, Multiple pilomatricomas in association with myotonic dystrophy and a family history of melanoma. *J Am Acad Dermatol*, p.268-9.
- Breuninger, H., et al, 2014, Desmoplastic cell carcinoma of skin and vermilion surface: a highly malignant subtype of skin cancer. *Cancer*, 915(79), p.267-279.
- Burdon, D., 2009, Quality of life issues in non metastatic skin cancer. *British Association of Dermatology*, 20 Aug.
- Cockere, C., 2015, Histopathology of Intraepidermal squamous carcinoma. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42(1), p. 11-17.
- Fore, J., 2006, A review of skin and the effects of aging on skin structure and function. *Tri-State Wound Care and Hyperbaric Center*, p.36-37.
- Geoch, M., Sycamore, M., Shand, B., Simcock, J., 2015, A regional programme to improve skin cancer management. *Jim Prime Health*, 7(4). p. 339-344. (Accessed Dec. 1).
- Goldberg, L., 2014, Basal cell carcinoma as a predictor of other cancers. *Lancet*. p. 768-9.
- Green, L., 2011, Explaining the role of the nurse in clinical trials. *Skin Therapy Research Unit, St John's Institute of Dermatology*, St Thomas Hospital, London, (accessed 2 February 2011).
- James, W., et al, 2014, Diseases of the skin: tumors of the dermis and subcutaneous tissue. *Clinical Dermatology*, p.727-846.
- Kennedy, C.et al., 2015, The Influence of Painful Sunburns and Lifetime Sun Exposure on the Risk of Actinic Keratoses, Seborrhic Warts, Melanocytic Nevi, Atypical Nevi, and Skin Cancer. *Journal of Investigate Dermatology*. 120(6). p.1087-1093.

- Khosavri H., Schmidt, B., & Huang J., 2015. Characteristics and outcomes of non-melanoma skin cancer (NMSC) in children and young adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Nov: 73(5):785-90
- Kusuma, S., Vuthoor, K., Piliang, M., Zins, E., 2014, Skin anatomy and physiology: part of the series Springer. *Specialist Surgery*. p. 161-171.
- Leiter, U., Garbe, C., 2015, Epidemiology of Melanoma Skin Cancer: the role of sunlight. *Experimental Medicine and Biology*. p.89-103.ca
- LeMone, P., et al, 2011, Medical-Surgical Nursing: critical thinking in patient care. *Library of Congress Cataloging*, p. 503-527.
- Lo, J., et al, 1991, Metastatic basal cell carcinoma: Report of twelve cases with a review of the literature. *Journal of the American Academy of Dermatology*. p. 715-719.
- Loecher, L., Janda, M., Soyer, H., Shea, K., 2013, Advances in skin cancer early detection and diagnosis. *The University of Arizona College of Nursing and Mel and Enid Zuckerman College of Public Health*, Aug 29. p. 134-56.
- Madan, V., et al, 2010, Non-melanoma skin cancer. *The Lancet*, 9715(375), 20-21 Feb. p. 673-685.
- Morton, et al., 2015. European Dermatology Forum Guidelines on topical photodynamic therapy. *European Journal of Dermatology*. Jul-Aug ;25(4):296-311.
- National Institute for Health, 2015. Melanoma: Assessment and Management, NICE Guideline, No.14. National Institute for Health and Care Excellence(UK): Jul.
- Pfeifer K, 2001. Pathophysiology. Oncology nursing. Φιλαδέλφεια: Εκδόσεις Mosby, p: 95-18.
- Rogers, H. et al., 2010, Incidence Estimate of Non-melanoma. *Arch Dermatol*. p.283-287.
- Savoia. P., Creamona O., Fava, P., 2015. New Perspectives in the Pharmacological Treatment of Non-Melanoma Skin Cancer. 2016;17(3):353-74.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βαλαβανίδης, Α., 2009, Περιβάλλον και κακοήθειες νεοπλασίες. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ. 150-190.
- Γαλανού, Ε., Ηλίου, Α., Μαρκαντώνη, Μ., 2001, Ανατομία δέρματος. *Δερματολογία*, σελ.8-44.
- Ιορδάνου, Π., 2001. Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις, Αθήνα: εκδόσεις ιδίου σελ: 276.
- Κριαρά, Σ., 2007. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, Πρόληψη και υγεία. Συνέδριο Πρόληψης και Υγείας, Αθήνα.
- Λαβδανίτη & Ζυγά., 2015, Νέες προοπτικές στο ρόλο νοσηλευτικής σε ασθενείς με καρκίνο που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, *Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*. Σελ.78-85.
- Παπαγεωργίου, Α., 2005. Κοινωνική-κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ.170-176.
- Σπύρου, Ε., 2009, Γνώσεις στάσεις και συμπεριφορές φοιτητών αισθητικής σχετικά με την ηλιακή ενέργεια και τον καρκίνο του δέρματος. *Μεταπτυχιακή εργασία*. σελ. 56-7.
- Στρατηγός, Α.Ι., Αντωνίου, Χ.Α., 2003, Φωτοπροστασία. *Ιατρική*, 83(1), 41-57.